

ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES CUIDADORAS EN SAN LUIS POTOSÍ



Estudio diagnóstico de la situación
de las mujeres cuidadoras
en San Luis Potosí

ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES CUIDADORAS EN SAN LUIS POTOSÍ



Modalidad I

Instituto Nacional de las Mujeres

Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí

2231.MT. 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. Diagnóstico que determina la ubicación, necesidades e intereses de las personas cuidadoras, así como el perfil, prestaciones sociales, apoyos gubernamentales, movilidad, situaciones de desempleo y tipo de atención que brindan.

Fecha de conclusión: Diciembre de 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 autoras del presente trabajo.

La presente publicación no tiene fines de lucro y se puede utilizar, citar y reproducir siempre y cuando se cite la fuente respectiva. El estudio y la edición final del mismo, se hizo en San Luis Potosí, México, concluyendo en mayo 2021. A lo largo del estudio se contó con la asistencia de INMUJERES y del Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí. El estudio y la obra, se hicieron bajo la dirección académica de la Dra. Oresta López, Coordinadora del Laboratorio de Investigación: Género, Interculturalidad y Derechos Humanos de El Colegio de San Luis. En el estudio participó un equipo interdisciplinario de investigación a los que citamos en la introducción del texto.

“ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES CUIDADORAS EN SAN LUIS POTOSÍ”

Coordinadora: Dra. Oresta López Pérez.

Investigadoras participantes: Dra. Yésica Yolanda Rangel, Dra. Mariana Juárez, Dra. Ángeles Martínez, Dra. Andrea Cristina Moctezuma, Dra. Martha Patricia Rivera,

Becarias participantes: Mtra. Libia Yáñez, Mtra. Ana Karina Lara, Mtra. Leticia Mendoza.

Elaboración de mapas: Mtro. Enrique Ibarra.

San Luis Potosí, El Colegio de San Luis, IMES-INMUJERES, 2021.

Primera edición: 2021

D.R. © Instituto Nacional de las Mujeres

Barranca del Muerto 209
San José Insurgentes
Ciudad de México, 3900

D.R. © Instituto de las Mujeres de San Luis Potosí

Jardín Colón 23,
Barrio de San Miguelito,
San Luis, S.L.P., 78339

D.R. ©El Colegio de San Luis

Parque de Macul 155
Fracc. Colinas del Parque
San Luis Potosí, S.L.P., 78294

ISBN: 978-607-8794-28-7

ÍNDICE

Presentación.	9
Introducción	11
El reconocimiento de la transición demográfica y su geoposicionamiento en el municipio de San Luis Potosí.	14
Aproximaciones interseccionales a la condición de las cuidadoras	15
La profesionalización de las cuidadoras en San Luis Potosí.	16
La configuración compleja del mundo de las cuidadoras no formales	17
Justificación	21
Objetivos.	27
Objetivo general	27
Objetivos específicos.	27
Desarrollo	29
Metodología del estudio	29
Temporalidad	30
Área de estudio	30
Informantes	30
Ubicación sociodemográfica de la oferta y la demanda del trabajo de cuidados	32
Herramientas e instrumentos de recolección de la información con los actores encargados de las políticas públicas del cuidado.	35
Diseño de la muestra cuantitativa.	35
Muestreo cualitativo para la realización de los grupos focales	37
Análisis de datos	38

Resultados de la investigación	39
Contexto sociodemográfico de la demanda y la potencial demanda de cuidados	39
Características sociodemográficas de las poblaciones que requieren cuidados	57
Geoposicionamiento de la oferta institucional pública y privada para dar servicios de cuidado en San Luis Potosí	67
Representación espacial de grupos vulnerables (0 a 4 años y 60 y más años) y oferta de cuidados	69
Modelo cartográfico de grupos vulnerables contra oferta de cuidados. . .	76
Algunas reflexiones derivadas del geoposicionamiento de oferta y demanda de cuidados	78
 La importancia de los cuidados y la condición de las cuidadoras . . .	79
Condición familiar, etaria, conyugalidad y ubicación territorial de las cuidadoras	82
Condición etaria.	82
Condición étnica	82
Ubicación territorial	83
Estado civil o conyugalidad.	86
Experiencia migratoria.	86
Condición familiar	86
Religión de las cuidadoras.	87
Inserción en programas sociales de gobierno y utilidad de estos	87
Opiniones sobre los programas sociales del gobierno	89
Características de la formación profesional de las cuidadoras	90
Características de la inserción al trabajo de cuidado formal y condiciones laborales	94
Antigüedad en el trabajo formal.	96
Prestaciones.	96
Poblaciones que atienden	96
Horarios de trabajo	98
Condiciones salariales	99
Características de los cuidados	100
Tiempo y alcance dedicado al cuidado	100
Características de las personas que reciben los cuidados	102

Actividades de cuidado que realizan y tiempo que le dedican.	103
Tipo de ayuda y demandas que señalan las cuidadoras	105
Tiempo y apoyos para asuntos personales de las cuidadoras.	106
¿Cómo aprendieron a dar servicios de cuidados?	106
Experiencias significativas en el trabajo de cuidado.	107
Reconocimiento de la vinculación afectiva en el trabajo de cuidados.	107
Estado de salud de las cuidadoras	109
Cuidadoras con alguna discapacidad	109
Acceso a servicios de salud	110
Intereses de las cuidadoras no formales	110
Cuidadoras que tienen dobles jornadas y otras actividades	110
Autonomía y tiempo para sí mismas	112
Las instituciones públicas y privadas en la formación profesional de las cuidadoras formales	113
Enfermería como profesión histórica, evolutiva y vigente	113
El perfil de las estudiantes, la complejidad del cruce del género, la clase social y la etnia	115
La paradoja del acceso al trabajo de los cuidados formales y la precarización del empleo	119
La migración y extranjerización de la mano de obra de cuidado profesionalizado.	123
Tendencia permanente hacia la consolidación de la profesionalización y la científicidad de la enfermería	125
Conclusiones.	127
Voces institucionales y de la sociedad civil que ofrecen servicios de cuidado en la entidad	129
Cuidadoras de primera infancia	129
Formación, perfil y características de las cuidadoras de primera infancia	130
Características de los servicios de cuidado y demandas de las familias	131
Condiciones laborales de las personas que realizan acciones de cuidado para niños y niñas de primera infancia	134
Políticas públicas y reconocimiento del trabajo de las cuidadoras de niños y niñas de primera infancia.	137
Conclusiones	138

Cuidadoras de personas con discapacidad y/o enfermedad	139
Sobre las personas participantes	140
Configuraciones del trabajo de cuidados de población en situación de discapacidad y/o enfermedad	141
Condiciones laborales de las cuidadoras de niños y niñas en <i>situación de discapacidad</i>	147
Asilos y cuidadoras de personas adultas mayores	152
Los servicios de cuidado durante la pandemia	159
La pandemia y las instituciones de cuidado de primera infancia	159
La pandemia y las instituciones de cuidado de personas con discapacidad y/o enfermedad	163
Condiciones laborales de las cuidadoras en tiempos de COVID-19	165
Las cuidadoras reales en el trabajo de cuidados en tiempos de COVID-19	166
La pandemia en las instituciones de cuidado de personas adultas mayores. . .	168
Conclusiones y recomendaciones	171
Conclusiones y recomendaciones en torno al tema de los cuidados de primera infancia	171
Conclusiones y recomendaciones relativos al tema de cuidadoras de personas con discapacidad y/o enfermedades	175
Recomendaciones referentes al tema del cuidado de personas adultas mayores.	177
Recomendaciones generales	178
Glosario	181
Bibliografía	191
Anexos	201
Cuestionarios para cuidadoras formales y no formales	201

PRESENTACIÓN

Las labores de cuidado son actividades que social e históricamente se han impuesto a las mujeres, por considerar que son propias de su género. Esto expresa, reproduce y legitima un sistema de desigualdad entre hombres y mujeres. De acuerdo con cifras de INMUJERES publicadas en 2020, las mujeres dedican 59 horas a la semana al trabajo de cuidados y al trabajo doméstico, en comparación con las 22 horas a la semana que dedican los hombres. Esta diferencia demuestra la distribución desigual de este tipo de trabajo no remunerado, que perpetua el sistema de desigualdad.

Las diversas actividades que las mujeres cuidadoras desarrollan son complejas e invisibles. La mayoría de las mujeres que cuidan a personas de primera infancia, con discapacidades o adultas mayores anteponen al cuidado de su persona el de la persona o personas dependientes de ella. Esto se refleja muy bien en el estudio. Aunque existan algunas personas que apoyen en las tareas, generalmente estas son otras mujeres de la red familiar, lo cual refleja que la carga y la responsabilidad de los cuidados tienen aún huellas de mandatos de género, que afectan el desarrollo y la autonomía de las mujeres.

No hay duda de que las labores de cuidado exigen a las mujeres una gran carga de responsabilidad y tiempo, por las que no reciben ningún tipo de remuneración, además, les restringen la posibilidad de tener algún empleo y contar con ingresos propios. Aunado a ello, la falta de empleo formal limita las opciones para atender su propia salud y la de las personas bajo sus cuidados y las obliga a buscar la atención médica en servicios privados, lo cual merma aún más su debilitada economía.

México ha firmado y asumido varios compromisos internacionales referentes al empoderamiento económico de las mujeres. Parte del lento avance en estas metas se debe a que se ha invisibilizado el trabajo

doméstico y el trabajo de cuidados que realizan las mujeres. Esto impide de forma urgente a que se conozcan las condiciones en las que se encuentran las mujeres que se dedican a labores de cuidado y al trabajo doméstico. Es prioritario no invisibilizar a las mujeres que realizan estas tareas en condiciones de informalidad o semiinformalidad, y brindarles las herramientas necesarias para que accedan a condiciones de trabajo justas, a la mejora de su estado de salud y de su economía y a un desarrollo personal óptimo, de acuerdo con los derechos humanos.

Para poder cumplir con estos acuerdos, en el marco del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género (PFTPG) se impulsan metas que promueven que los mecanismos para el adelanto de las mujeres incidan en acciones a favor de las mujeres cuidadoras, para lo cual se hace necesario contar con información actualizada del estado de San Luis Potosí, que posibilite la generación de planes de trabajo, el establecimiento de políticas públicas y la gestión con actores estratégicos de alianzas, para llevar a cabo acciones que favorezcan el desarrollo de las mujeres que realizan labores de cuidado. Por lo que, con los resultados de este estudio, el Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí (IMES) fomenta los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres y favorece la investigación que contribuya a la mejora de las condiciones de las mujeres que se dedican a los cuidados de manera formal e informal. En el estado de San Luis Potosí contamos ahora con un primer acercamiento al debate de los cuidados y un diagnóstico sobre las características, las necesidades y los intereses de las mujeres que lo realizan, ya sea de manera formal o informal. La importancia de este estudio es que contribuye a visibilizar su situación, a mapear la oferta y la demanda de los cuidados y a reconocer los retos de política pública que tenemos en torno a estos.

Atentamente

Erika Velázquez Gutiérrez

Directora General

Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí

INTRODUCCIÓN

RETOS PARA HACER VISIBLES A LAS CUIDADORAS Y REFLEXIONES PARA CREAR POLÍTICAS PÚBLICAS DEL CUIDADO

La pobreza de género de las mujeres en relación con los hombres es absoluta. Sin embargo, en la actualidad, el neoliberalismo ha impactado de manera concentrada a las mujeres. Su pobreza se incrementa y produce la feminización de la pobreza. En ella se reúnen la pauperización o el empobrecimiento creciente de las mujeres. Además de reducir los niveles de vida de las mujeres, la sociedad y el Estado se han apoyado en el trabajo femenino para satisfacer las necesidades vitales de los otros. En esas condiciones, no sólo ha aumentado su pobreza, sino que las mujeres –apropiadas por su riqueza– deben cargar con la pobreza de los demás.

Marcela Lagarde¹

El presente diagnóstico fue elaborado por el Laboratorio de Investigación: Género, Interculturalidad y Derechos Humanos de El Colegio de San Luis, con la colaboración de un grupo de académicas a quienes agradezco su valioso trabajo y aporte: Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores, Dra. Mariana Juárez Moreno, Mtra. Libia Yañez Uribe, Mtra. Martha Patricia Rivera Torres, Mtro. Enrique Ibarra Zapata, Mtra. Ana Karina Lara Rosales, Dra. Ángeles Martínez Toledo y Mtra. Andrea Cristina Moctezuma Balderas. El trabajo de equipo fue fundamental para lograr los resultados que ofrecemos, especialmente por encontrarnos en un contexto de pandemia por el virus SARS-COV-2, que desafió nuestra creatividad para el trabajo de campo y la coordinación por medios virtuales.

¹ M Lagarde y de los Ríos, *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Siglo XXI Editores, 2018, p.197.

Se trata de un estudio que explora la condición de los trabajos de cuidados en San Luis Potosí, con especial interés en hacer visibles a las mujeres cuidadoras que son quienes principalmente cuidan a las personas dependientes. Identificamos dos grupos de cuidadoras, las que tienen formación profesional y aquellas que son autodidactas o cuentan con saberes propios no formales. Estudios como este se insertan en un interés más grande de INMUJERES y de ONU Mujeres para atender los compromisos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en materia de igualdad de género, con incidencia transversal en las políticas públicas: en específico, el derecho al cuidado ha quedado incluido en la Meta 5.4, que de modo explícito convoca a “reconocer y valorar el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, a través de la prestación de servicios públicos, infraestructura y políticas de protección social, y la promoción de la responsabilidad compartida tanto al interior de los hogares y las familias como en el ámbito nacional”.²

En el nivel global, se reconoce, asimismo, el trabajo en políticas públicas, admitiendo la transición demográfica de la población mundial, con tendencias al descenso de los niveles de fecundidad y al aumento de la esperanza de vida. Lo cual pone el tema de los cuidados, remunerados y no remunerados, en la agenda mundial. El enfoque del planteamiento del problema tiene que ver con:

- a) Atender la creciente demanda de infraestructura institucional para cumplir el cuidado.
- b) Reconocer con perspectiva de igualdad y de derechos humanos a quienes hacen estos trabajos de cuidado, y analizar las vías y estrategias para no anclarlo a mandatos de género tradicionales que generan desigualdad e impiden el desarrollo de la autonomía de las mujeres.
- c) Favorecer el cuidado con base en los derechos humanos y la autonomía de las personas dependientes, para su inserción social y

² ONU Mujeres, *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*, ONU Mujeres, Oficina en México, 2018. <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2018/05/libro%20de%20cuidados.pdf?la=es&vs=3012>

laboral, así como al ejercicio de su derecho a la salud y a la educación, sin ser racializadas o discriminadas.

Para ONU Mujeres, el cuidado es un derecho humano fundamental; exhorta a valorarlo como un bien público a fin de impulsar la igualdad de género. En este sentido, reconoce que el Estado tiene un papel muy importante, así como las familias, las comunidades y aun la iniciativa privada. Para promover un cambio cultural que revalore las tareas de cuidado remuneradas y no remuneradas, en primer término, es importante que se cuestione la distribución sexuada de las tareas de cuidado, favoreciendo la corresponsabilidad en el cuidado. El reto es cómo generar políticas públicas que redistribuyan de otra manera las tareas de cuidado, tendientes a no sujetarse a los mandatos de género, con intencionalidad de revertir las tendencias de precarización y feminización de los cuidados.

Martha Lamas anticipa que el gran reto son las creencias y configuraciones complejas del patriarcado en las familias y la satisfacción que las propias mujeres tienen al realizar las tareas de cuidado. Al respecto afirma:

Para definir con mayor eficacia algunas posibles medidas de acción institucional, es necesario reconocer que las creencias sobre las diferencias supuestamente sexuales favorecen la aceptación de esos mandatos como algo “natural”. La *violencia simbólica* de los mandatos de género es una de las mayores dificultades que enfrentan, mujeres y hombres, para formular una demanda de intervención gubernamental dirigida a modificar sus tan asimétricas cargas laborales.³

Así, partiendo de estas bases conceptuales y contextuales, emprendimos la búsqueda de las cuidadoras; ellas están muy cerca del equipo de investigación, de nuestras redes de alumnas y egresadas de la carrera de enfermería en la universidad; nuestras amigas que cuidan a sus madres o padres adultos mayores o a personas con discapacidad; las

³ M. Lamas, División del trabajo, igualdad de género y calidad de vida, en *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*, ONU Mujeres, 2018, p. 15. <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2018/05/libro%20de%20cuidados.pdf?la=es&vs=3012>

puericultoras y educadoras del sistema educativo que trabajan en guarderías y estancias infantiles. Son las informantes que han participado en la investigación de la tesis doctoral de una colega del equipo, las mujeres indígenas que llevan sobre sus hombros a sus niñas y niños con discapacidad, o las que venden artesanías en nuestra ciudad a la par que cuidan a sus bebés en sus puestos. Todo ello implica, desde luego, una toma de conciencia, desde un trabajo conceptual firme y una metodología que contribuya a objetivar información, pues de otra manera se puede caer en el sentido común y la obviedad.

El estudio se realizó con metodologías mixtas, cuantitativas y cualitativas. Dada la situación de pandemia por COVID-19, adaptamos la aproximación a las informantes, con una encuesta virtual, que fue contestada en línea, en Google Forms, por 264 cuidadoras formales y 184 no formales. Del mismo modo, realizamos grupos focales para recuperar narrativas y voces diversas de los actores institucionales y de sociedad civil que trabajan con poblaciones consideradas vulnerables. En esta investigación tomamos como referencia reflexiva a las siguientes poblaciones en las que identificamos que se insertan las cuidadoras atendiendo diversas demandas de cuidados:

- a) Población infantil.
- b) Personas con discapacidad.
- c) Personas que padecen cáncer y otras enfermedades crónicas graves o con tendencia a una mayor demanda de cuidados.
- d) Personas adultas mayores.

EL RECONOCIMIENTO DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y SU GEOPOSICIONAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE SAN LUIS POTOSÍ

En un primer apartado se aportan datos sociodemográficos de cada población de referencia para reflexionar sobre las tendencias y las dimensiones de las demandas de cuidados.

En coherencia con esas reflexiones, se pasa a continuación a un apartado en el que, a partir de un importante esfuerzo de selección de datos demográficos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía

(INEGI) para el municipio de San Luis Potosí, se geoposicionaron los datos de demanda de cuidados para primera infancia y personas adultas mayores, por considerarlas altamente representativas de los cuidados. Asimismo, se geoposicionó la oferta institucional pública y privada de cuidados a tales poblaciones.

Las reflexiones derivadas de la territorialización de la demanda y la oferta de cuidados develan grandes retos para atender a la población de personas adultas mayores, que no cuenta con suficientes instituciones para su atención y cuidado. El fenómeno tiene clara tendencia al crecimiento.

Por otra parte, el geoposicionamiento de la población infantil, que tiene una gran presencia y una dinámica demográfica muy activa, hace visible un fenómeno de instituciones públicas y privadas casi traslapadas en las mismas áreas territoriales, en especial en el centro de la ciudad de San Luis Potosí. No obstante, hay que considerar que son datos de 2015 y que en los últimos años han cambiado las políticas de subsidios a las guarderías privadas, lo cual seguramente tendrá un mapa diferente para 2021.

El monitoreo de la transición demográfica y su relación con una política de los cuidados se hace manifiesto en formas apremiantes.

APROXIMACIONES INTERSECCIONALES A LA CONDICIÓN DE LAS CUIDADORAS

El estudio hace visibles a las cuidadoras formales y no formales. Aporta información sobre la edad, el estado civil, la conyugalidad; los estudios realizados; las condiciones de su inserción al mundo laboral, o su inicio en el trabajo de los cuidados no formales; los salarios y prestaciones; los horarios de trabajo y el tipo de tareas que realizan. Se explora el estado de salud de las cuidadoras y sobre otros aspectos culturales como la religión, la forma en que gastan su salario y acerca de subjetividades relacionadas con su trabajo como el manejo de las emociones y los vínculos de afecto con las personas que reciben los cuidados. Desde luego, sabemos que este trabajo es una aproximación, que requiere mayor tiempo para la interpretación y teorización, pero muestra también la eficacia de nuevas formas de investigar el tema y abre posibilidades para los estudios en nuestra entidad.

Si bien partimos del supuesto de que existen brechas para el acceso a las oportunidades laborales entre hombres y mujeres, que muestran desventajas para las mujeres, al comparar los datos cuantitativos entre los mismos trabajos que realizan las mujeres, se observan las desigualdades entre las cuidadoras formales y no formales en múltiples aspectos. Especialmente se advierten diferencias en los beneficios económicos y prestaciones que reciben las mujeres que realizan el trabajo de cuidados remunerado frente a la ausencia casi total de prestaciones y de oportunidades de desarrollo de quienes hacen estas mismas tareas en forma no remunerada.

Llaman la atención las coincidencias en torno a la importancia, a la religión y a las emociones que experimentan al hacer las tareas de cuidado. Es decir, las subjetivaciones del cuidado son firmes en ambos grupos de cuidadoras.

LA PROFESIONALIZACIÓN DE LAS CUIDADORAS EN SAN LUIS POTOSÍ

En este diagnóstico tiene especial interés el análisis de la ubicación y características de la formación profesional de las cuidadoras formales, tanto el que se hace en instituciones públicas como en las privadas. Así, se analiza el proyecto educativo de la enfermería, el currículum y las voces de los formadores y formadoras de diversas instituciones. San Luis Potosí tiene posicionadas prácticas educativas exitosas en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y en algunas instituciones privadas, que son las que brindan la formación de cuidadoras a instituciones públicas principalmente. Las voces de representantes institucionales enuncian la demanda de nuevas capacidades formativas para las profesionales del cuidado, marcados por las tendencias globales y el mercado internacional de los cuidados. Son pocas las aportaciones críticas hechas desde las instituciones para revertir la tendencia a la feminización y precarización de estos cuidados, incluso es posible que algunos programas conecten con posiciones más cercanas al neoliberalismo y al mercadeo *outsourcing* transnacional que al reconocimiento de la necesidad de revalorización de los cuidados.

En este apartado se analiza la intersección de género, clase y etnia de las egresadas de la carrera de enfermería, pues, pese a la exigencia

que impone la disciplina, prevalece la feminización de la profesión y las egresadas se insertan a trabajos precarizados. Así, en un contexto en el que hay una creciente demanda global de los cuidados, existe una marcada paradoja: la mayor exigencia de profesionalismo no se refleja en la valorización de la carrera, ni ante el Estado, ni en el mercado de trabajo.

LA CONFIGURACIÓN COMPLEJA DEL MUNDO DE LAS CUIDADORAS NO FORMALES

Respecto a las cuidadoras no formales –que en este estudio tuvieron una participación muy activa–, estamos frente a un universo sumamente complejo, en el que el primer fenómeno es la invisibilidad persistente de estas, tanto en las políticas públicas como en la autopercepción de las propias cuidadoras, quienes no pueden ver que su trabajo “genera valor”, o, bien, no identifican qué las convierte en elegidas como cuidadoras; por lo tanto, en sus respuestas encontramos múltiples argumentos para romantizar el cuidado o resignificarlo desde sus ideas religiosas. Las cuidadoras no formales son las madres, las hermanas, las hijas, las esposas de las personas dependientes. Asumen el cuidado como un mandato de género ineludible, asociado a sus creencias religiosas y adquiriendo en formas autodidactas los saberes del cuidado. Llevan adelante sus tareas de cuidado sin procurarse autocuidados, sin percibir una retribución justa, siendo vulneradas por su condición de género, de etnia y de clase.

El trabajo de cuidados es tan necesario como invisibilizado y, ante la ausencia de políticas públicas que lo reconozcan, es desvalorizador y empobrecedor de las mujeres. Las cuidadoras no remuneradas se suman pasiva y consensuadamente a la violencia simbólica cuando reconocen que este orden de la división sexual del trabajo genera satisfacción emocional.

En tanto, las cuidadoras formales develan una incipiente conciencia de que venden un servicio complejo, pues muestran, en sus respuestas, mayor capacidad para separar el trabajo de cuidados de su tiempo y vida personal; asimismo, reconocen la importancia de su autocuidado.

Martha Lamas advierte que la colocación de los cuidados en la división sexual del trabajo, así como la autoaceptación de las mujeres de esta división, es una violencia simbólica marcada y constante. También

discute sobre los “afectos” que se incluyen en estas actividades del cuidado; al respecto, dice que hay que verlos como prácticas culturales y actos situados dentro de una economía de las emociones que incluye opresión y desigualdad:

El *giro afectivo* plantea que no hay que comprender las emociones solamente como estados psicológicos, sino también como prácticas sociales y culturales que inciden en la vida pública. [...] Hay aspectos de la opresión y la desigualdad que no se deducen con facilidad a partir de una investigación de las estructuras sociales, sino, más bien, pueden discernirse a través de un análisis de las disposiciones psíquicas y de las emociones. Por eso las autoras del *giro afectivo* registran que los afectos son, en sí mismos, actos capaces de alterar la esfera pública con su irrupción.⁴

Las mujeres y los hombres tienen diferentes actitudes frente a las actividades del cuidado. Las emociones que puede enfrentar un hombre, inserto en los mandatos de género, es que al realizar tareas de cuidado “debe” sentir emociones de pérdida de su autonomía y virilidad. Lo que sucede con las mujeres es diferente; los mandatos de género la inclinan a sentir satisfacción emocional por hacerlos y culpa por no realizarlos, son emociones más autovaloradas que la autonomía personal.

[...] habría que discurrir sobre lo que sucede con las emociones de las mujeres, para quienes el mandato cultural que las lleva a cuidar, además de ocasionarles discriminación laboral, también les produce inmensa satisfacción psíquica. Esto les genera una profunda ambivalencia, pues el trabajo de cuidado les genera simultáneamente una gratificación y una pérdida de autonomía.⁵

El trabajo del movimiento feminista ha sido justamente mostrar estas trampas y paradojas. Por una parte, apoyar las agendas internacionales

⁴ M. Lamas, *División del trabajo...*, p. 15. <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2018/05/libro%20de%20cuidados.pdf?la=es&vs=3012>

⁵ M. Lamas, *División del trabajo...*, p. 16. <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2018/05/libro%20de%20cuidados.pdf?la=es&vs=3012>

para promover la igualdad laboral, leyes para hacer acciones de equidad en los trabajos de cuidado. Construir políticas públicas con respeto a los derechos humanos, diseñar indicadores de seguimiento y trabajar con metas y etapas. Por otra parte, hay propuestas más radicales –que van a la raíz del problema– que nos muestran otros horizontes de cambio. Por ejemplo, los ecofeminismos convocan a una revisión a fondo de las estructuras capitalistas y patriarcales que explotan intensamente el trabajo de las mujeres y los hombres. Proponen la construcción de sociedades y relaciones nuevas, en las que las mujeres y los hombres cuiden de sí, de la naturaleza, del medio ambiente, de los animales, de los bienes comunes, en un contacto más directo con sus cuerpos, su sanación su espiritualidad y la vida; es decir, hacen propuestas de transformaciones más holísticas.

Ambas miradas son necesarias para las transformaciones en el corto y el largo plazo. El manejo de los conceptos es central; no se puede concebir una política pública sin asumir el fondo de los cuidados dentro su significado en los trabajos reproductivos y como sustento de los productivos. Por ello, las propuestas parciales o limitadas, o que no prevean la transición demográfica, o desconozcan las implicaciones de la tradicional división sexual del trabajo, están destinadas al fracaso.

Lo cierto es que en San Luis Potosí estamos casi por construirlo todo, como se puede percibir en las voces del funcionariado y personal involucrado en el cuidado. Hace falta trabajar en sintonía y de forma coordinada para atender a las poblaciones vulnerables, lo cual se hizo aún más visible en el contexto de la pandemia. Se advirtió, además, la falta de equipamiento para dar atención y apoyo a la rehabilitación y el cuidado de las personas enfermas o con discapacidad.

Existe un abandono y una perspectiva a futuro en la atención institucional de personas adultas mayores. Este sector se ha dejado a la iniciativa privada, como pudo demostrarse en el mapeo de la oferta institucional. En una situación similar se encuentra el cuidado de niños pequeños, que durante la pandemia fueron atendidos por sus madres o abuelas, sin dar otras alternativas a las mujeres trabajadoras.

La pandemia mostró que, sin el trabajo de cuidados de las mujeres, la sociedad colapsaría de forma contundente y que el Estado no asume de modo suficiente sus responsabilidades con el cuidado de las personas vulnerables y dependientes. Asimismo, que no basta con pensiones

monetarias y apoyos económicos si no se alternan con proyectos más amplios que incluyan atención institucional sistemática amplia y no solo de carácter médico.

Las mujeres, después de la pandemia, serán más pobres que antes, pues muchas perdieron sus trabajos y/o se sometieron a empleos más precarios para realizar los trabajos de cuidados en sus familias. Es importante no olvidar lo que aprendimos durante la pandemia acerca de la importancia de los cuidados para dar pasos firmes hacia el cambio del actual estado de cosas.

Plantearse una política integral de los cuidados requiere asumir que el concepto mismo debe ser más integrador. “El cuidado resulta difícil de deslindar de la sanidad, la educación, los servicios sociales y los sistemas de pensiones, ya que se trata de una evolución de conceptos vinculados al de Estado de Bienestar”.⁶

Doctora Oresta López Pérez,
Coordinadora del Laboratorio de Investigación:
Género, Interculturalidad y Derechos Humanos,
El Colegio de San Luis.

⁶M. Á. Durán, Alternativas metodológicas en la investigación sobre el cuidado, en ONU Mujeres, *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*, ONU Mujeres, 2018, p. 26. <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2018/05/libro%20de%20cuidados.pdf?la=es&vs=3012>

JUSTIFICACIÓN

La politóloga Joan Tronto define la actividad del trabajo de cuidados como una de “las actividades de la especie humana que incluyen todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar el mundo en el que vivimos, haciéndolo lo mejor posible”.¹ Esta definición resulta verdaderamente amplia, debido a que carece de especificación sobre quiénes son las personas que están manteniendo y reparando al mundo, razón que lleva a plantear como necesaria una precisión sobre las características que conforman el trabajo de los cuidados.

En primer lugar, el trabajo de cuidados es, ante todo, una actividad relacional, en la que se encuentran las personas receptoras de cuidados, que se ven imposibilitadas para realizar las acciones necesarias para su propio mantenimiento o requieren de apoyo para desarrollarlas. Entre las personas receptoras de cuidados se pueden encontrar quienes requieren del apoyo por sus condiciones de desarrollo y etapa de vida, tales como niñas y niños de la primera infancia y personas adultas mayores, así como personas con condiciones de discapacidad derivadas de una condición congénita o adquirida como consecuencia de traumatismos o enfermedades crónicas.

Respecto a las personas prestadoras del cuidado, las hay de dos tipos: las profesionalizadas y no profesionalizadas. Entre las profesionales del cuidado están las enfermeras, las maestras, las puericultoras, las geriatras y las trabajadoras sociales. Dichas profesiones son desarrolladas por lo regular en espacios públicos (hospitales, escuelas, guarderías, asilos de personas adultas mayores), y las personas reciben un salario por

¹ J. Tronto, *Moral Boundaries. A political Argument for and ethic of care*, Routledge, 1994.

desempeñar tal trabajo. Por su parte, el trabajo de cuidados no profesionalizado se desarrolla regularmente dentro de espacios privados (unidades domésticas), y es llevado a cabo, en la mayoría de los casos, por las mujeres integrantes de un núcleo familiar (madres, abuelas, hermanas, tías, sobrinas, entre otras). En contraparte del trabajo de cuidados profesionalizados, las mujeres que desempeñan dicha actividad en los espacios privados no perciben salario alguno, ya que el cuidado es asumido como un deber ser y una obligación femenina.

En segundo lugar, tanto el trabajo de cuidados profesionalizado como el no profesionalizado comparten una singularidad: ambos son prioritariamente desarrollados por mujeres. En este sentido, el género emerge como una categoría analítica que nos ayuda a explicar las relaciones asimétricas y jerárquicas existentes entre hombres y mujeres, en cuanto a la participación que tiene la sociedad en las tareas del cuidado. El género, como categoría analítica, hace posible, además, analizar cómo se construyen las representaciones sociales en torno a estas relaciones, de acuerdo con situaciones o contextos socioculturales específicos.

Las representaciones sociales que enmarcan el trabajo de los cuidados proceden de la división sexual del trabajo, forma de organización social por medio de la cual se construye una especialización femenina del trabajo, que “implica una distribución desigual y discriminatoria de los recursos materiales y económicos, y de los tiempos dedicados a dichas actividades entre hombres y mujeres”.²

En tercer lugar, el trabajo de cuidados es una actividad infravalorada por el mercado y la propia sociedad, de la misma manera que el resto del trabajo reproductivo. Cuidar de los demás no es visto como un trabajo, incluso, contrario a la reproducción de la fuerza de trabajo –cuyo producto tiene un valor reconocido–, el cuidado de los mayores está estigmatizado como una actividad que absorbe valor pero que no genera ninguno.³

² M. L. Esteban, Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución, en Congreso Internacional SARE: Cuidar cuesta, costes y beneficios del cuidado. EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer, Fondo Social Europeo, 2003

³ S. Federici, *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficante de Sueños, 2013. <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Revolucion%20en%20punto%20cero-TdS.pdf>

En el sistema capitalista, el trabajo humano se encuentra asociado con la producción de plusvalía, razón por la cual las personas receptoras de cuidado (sobre todo los adultos y adultas mayores y personas en situación de discapacidad) no solo se consideran como seres improductivos, sino que además su cuidado representa una pérdida. Lo anterior ha traído como consecuencia que, en la sociedad actual, principalmente en el contexto de América Latina, sean las mujeres, y no el Estado, quienes cuiden y sostengan la vida humana de las personas más frágiles de la sociedad, sin recibir reconocimiento social o simbólico por esto, y lo que es aún peor, en la ausencia de políticas que garanticen acciones para proteger la salud física y mental de quienes cuidan. Es decir, dadas las condiciones actuales de las tareas de cuidado, son actividades invisibilizadas y devaluadas, con un impacto directo de invisibilidad y afectación a las mujeres.

Es escasa la participación que el Estado mexicano ha tenido en el tema de construcción e implementación de políticas de cuidado. Si bien el gobierno federal expresó narrativas desdeñando el reconocimiento y la formalización de las tareas de cuidado, al señalar que tanto personas de la tercera edad como niños y niñas en situación de discapacidad se encuentran percibiendo un apoyo económico bimestral a partir del programa gubernamental Bienestar, cabe puntualizar que este apoyo no representa un salario real por todas las actividades que las mujeres desempeñan en su día a día por ser trabajadoras del cuidado.

Pero esta ausencia de interés por parte del Estado en torno al tema de los cuidados no es reciente, sino histórica, lo que no le resta gravedad, sino, por el contrario, lo coloca como un tema de urgente introducción en la agenda del futuro. Por ejemplo, la primera guardería de México tiene su antecedente en 1837; sin embargo, como una prestación de las trabajadoras y los trabajadores no fue hasta 1983 cuando se hizo obligatorio que el Estado brindara un servicio de estancias infantiles (146 años después), a través del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).⁴ No obstante, las mujeres que pudie-

⁴ *Capital Digital*, Cuando surgieron las estancias infantiles en México, 08 de febrero de 2019. <https://www.capitalmexico.com.mx/nacional/cuando-surgieron-las-estancias-infantiles-en-mexico/#:~:text=La%20primera%20guarder%C3%ADa%20en%20M%C3%A9xico,actualmente%20est%C3%A1%20el%20z%C3%B3calo%20capitalino>

ron acceder a dichas instancias infantiles tenían que tener un vínculo laboral con alguna dependencia que formara parte del ISSSTE, lo que dejaba al margen de dicha política pública a las mujeres que trabajaban en la informalidad y a las mujeres indígenas.

Por otra parte, hay que tomar en cuenta que las guarderías, los hospitales y los asilos se encuentran concentrados en las zonas urbanas, por lo que las poblaciones ubicadas en zonas rurales e indígenas carecen de este tipo de servicios, lo que ha ocasionado que las mujeres indígenas y campesinas estén dentro de una “convergencia de una triple opresión: de clase, etnicidad y género”.⁵

En México, es en la familia, no en el Estado, donde recae la responsabilidad del cuidado. Para Dalla Costa,⁶ esta situación no solo es injusta, sino es signo de un Estado obsoleto, pues señala que los aspectos del trabajo de reproducción deben ser asumidos por el Estado, distinguiendo por niveles la importancia de dichas actividades, por lo que en el primer nivel coloca la crianza de los hijos e hijas menores, seguido por el cuidado de las personas mayores y de las personas enfermas y en situación de discapacidad. El trabajo de los cuidados es un asunto del Estado, pues contribuye a la plusvalía y genera riqueza económica. Según los resultados de la Cuenta Satélite de Trabajo no Remunerado de los Hogares de México 2016, el valor del trabajo no remunerado doméstico y de cuidados alcanzó 4.6 billones de pesos, equivalentes al 23.2 por ciento del producto interno bruto (PIB) del país.

Es urgente que el Estado asuma la responsabilidad en la construcción de políticas integrales de cuidado, en particular por la reconfiguración que ha comenzado a hacerse evidente tanto en la transición demográfica como en la epidemiológica, caracterizadas no solo por una considerable prevalencia de personas ancianas y, en consecuencia, con discapacidades fisiológicas asociadas al propio proceso de envejecimiento, sino también porque una cuantiosa parte de la población está desarrollando de forma anticipada condiciones de dependencia física y psicosocial, dada la

⁵ G. Herrera, *Trabajo doméstico, cuidados y familias transnacionales en América Latina: reflexiones sobre un campo en construcción*, *Amérique Latine Histoire et Mémoire* (Les Cahiers ALHIM, 31), 2016. <https://journals.openedition.org/alhim/5430?lang=en>

⁶ M. Dalla Costa, *Family, Welfare and the State. Between Progressivism and the New Deal*, Common Notions, 2015.

incidencia de enfermedades crónicas e inadecuados estilos de vida.⁷ La conjunción de estos dos tipos de transiciones incide en una mayor carga social de cuidado y en la exigencia de un cuidado cada vez más profesionalizado. No basta, entonces, con que las mujeres cuiden más, sino que deben tener mayores conocimientos para hacerlo de forma segura, en un contexto en el que se requiere el autocuidado, a fin de aligerar el cuidado institucionalizado. Tampoco se puede hablar de condiciones de desinstitucionalización del cuidado dentro de una sociedad que, en general, no sabe cómo asumir esta corresponsabilidad que no cubre el Estado, sobre todo cuando la mayoría de la población no tiene acceso al trabajo pleno y formal y vive en situación de marginación y pobreza.

Es importante, desde la agenda ciudadana, recuperar el concepto de democratización del cuidado, es decir, reconocer, en términos de justicia social, que los “tradicionales arreglos del cuidado” fundados en la construcción social del género colocan en injusta desventaja a las mujeres, no solo en materia de su desarrollo personal y social, sino que, incluso, implica una sobrecarga de actividades que repercute en un deterioro significativo para su salud integral. Pero no únicamente nos referimos a poner atención en las personas cuidadoras dentro de sus familias, sino que también es urgente analizar y reposicionar las condiciones de reconocimiento social y económico de las personas que incluso logran insertarse en la formación y el ejercicio del cuidado formal remunerado.

⁷ O. Narváz, *Urbanismo gerontológico. Envejecimiento demográfico y equipamiento urbano. El caso de la ciudad de Aguascalientes*, Universidad Autónoma de Aguascalientes, 2011, p. 42

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un diagnóstico de las necesidades y características de los cuidados en el estado de San Luis Potosí, con la finalidad de generar propuestas que contribuyan a la construcción de una política integral de cuidados transversalizada por la perspectiva de género, interculturalidad y derechos humanos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar y representar, mediante herramientas de la geografía, las demandas de cuidado en el estado, con énfasis en los grupos más vulnerables: niñas y niños menores de 5 años, personas adultas mayores de 60 años, personas en situación de discapacidad, o con enfermedades que demandan cuidados extraordinarios como el cáncer.
- Analizar y representar, mediante herramientas de la geografía, la respuesta social organizada frente a esta: asilos, estancias de día para personas adultas mayores, estancias de cuidado infantil, centros de atención hospitalaria.
- Documentar la naturaleza y la operatividad de iniciativas y programas en torno al cuidado formal y no formal que implementan las instituciones del Estado y la sociedad civil organizada.
- Identificar el perfil de las personas cuidadoras no formales, implementando una mirada interseccional que posibilite dar cuenta de las condiciones favorables y/o desfavorables que afrontan para

el ejercicio de esta actividad mujeres urbanas, rurales e indígenas; con seguridad social o empleo informal.

- Identificar el perfil de las personas cuidadoras formales, y las condiciones favorables y/o desfavorables que afrontan para el ejercicio de esta actividad.
- Analizar si las demandas de cuidado en el estado son congruentes con la oferta de centros de apoyo para el cuidado (guarderías, estancias de día, asilos, hospitales, etcétera) en el estado.
- Elaborar recomendaciones para la construcción de una política pública integral en materia de cuidado.

DESARROLLO

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

El estudio se realizó con metodologías mixtas, con enfoques cuantitativo y cualitativo,¹ con análisis de aproximación interseccional, a partir de los enfoques de interculturalidad, género y derechos humanos.² El enfoque cuantitativo se implementó con una estadística descriptiva simple con el fin de objetivar variables de importancia en el tema como número de horas trabajadas, prestaciones sociales, apoyos gubernamentales, movilidad, situaciones de desempleo, tipo de atención que brindan, entre otras. El cualitativo se enfocó en la recuperación de narrativas que dejan evidencias de las necesidades prácticas, los intereses, las condiciones sociales y culturales en que las personas cuidadoras desarrollan su trabajo cotidianamente, así como los aspectos simbólicos del cuidado.

Cabe señalar que al inicio se realizó una revisión documental de las encuestas nacionales e internacionales que documentan en cifras la situación de las personas que se dedican al cuidado formal e informal. Tales cifras resultaron de utilidad para problematizar los hallazgos del estudio, útiles para generar un diálogo con indicadores previamente establecidos.

Este diagnóstico incluye un apartado de análisis espacial, entendiendo este como una serie de técnicas matemáticas y estadísticas aplicadas a los datos distribuidos sobre el espacio geográfico a través de los

¹ K. Pole, Diseño de metodologías mixtas. Una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas, *Renglones, Revista Arbitrada en Ciencias Sociales y Humanidades*, núm. 60, 2009.

² UNFPA, PNUD y ONU Mujeres, *Ampliando la mirada: la integración de los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos*, 2012. <http://www.onu.org.mx/wp-content/uploads/2015/11/AmpliandolaMirada.pdf>

sistemas de información geográfica, lo que posibilita trabajar con las relaciones espaciales de las entidades contenidas en las diferentes capas temáticas de las bases de datos geográficas.³

TEMPORALIDAD

El estudio se realizó de forma intensiva durante el período comprendido de noviembre y diciembre de 2020.

ÁREA DE ESTUDIO

Aunque el modo de abordar el geoposicionamiento se delimitó a la zona conurbada San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez, los cuestionarios en línea recuperaron la participación de mujeres cuidadoras de la mayor parte de los municipios del estado; de igual forma, los grupos focales con actores institucionales incorporaron personas de las cuatro regiones del estado.

INFORMANTES

Las informantes más importantes para el estudio son las cuidadoras formales e informales del estado de San Luis Potosí. Toda vez que lo que interesó fue implementar una mirada interseccional sobre el cuidado, se procuró documentar la experiencia de mujeres indígenas e incluso de las cuidadoras de personas en contextos de migración.

Se interactuó, además, con el funcionariado y el personal tomadores de decisiones vinculadas con las políticas públicas de cuidado, así como

³ G. Buzai, Análisis espacial con sistemas de información geográfica: sus cinco conceptos fundamentales. En *Geografía y sistemas de información geográfica. Aspectos conceptuales y aplicaciones*, capítulo 7, editor Gustavo D. Buzai, primera edición, 2009. https://www.researchgate.net/publication/298420203_Analisis_Espacial_con_Sistemas_de_Informacion_Geografica_Sus_cinco_conceptos_fundamentales

con instancias encargadas de garantizar derechos laborales, económicos y sociales, instancias académicas y organizaciones de la sociedad civil.

Fueron incluidas las personas que aceptaron participar voluntariamente en este estudio y dieron su consentimiento informado. Antes del otorgamiento del consentimiento, se les informó acerca de su derecho a participar o no en el estudio y se les garantizó tanto el anonimato como el uso ético de la información que proporcionarían.

Para fines de este estudio, las potenciales participantes se clasificaron en cuatro grupos, que se describen a continuación.

Grupo de estudio 1. Mujeres que se dedican de manera prioritaria al trabajo de cuidados informales, ya sea cuidando menores de 5 años, adultas y adultos mayores, personas enfermas o en situación de discapacidad. Se buscó la representatividad de mujeres insertas en comunidades con tradición migratoria e indígenas.

Grupo de estudio 2. Personas que desearan participar en el estudio cuya principal ocupación fuese el cuidado formal, entendiendo este como la actividad de cuidado que se realiza con población en condiciones de salud, enfermedad o discapacidad, que es remunerada, para la que se ha formado dentro de espacios educativos, independientemente del título obtenido (auxiliar o licenciatura), o de la conclusión o no del grado (ya que a estudiantes de enfermería se les contrata sin contar con título y cédula profesional).

Grupo de estudio 3. Actores adscritos a instituciones de formación de recursos humanos para el cuidado formal. Preferentemente se hizo la invitación a quienes participaran de forma activa en la elaboración de los estudios de factibilidad y pertinencia de las carreras de Auxiliar de Enfermería, Enfermera Técnica, Enfermera General y Licenciatura en Enfermería de los diferentes centros educativos en el estado. Las instituciones que pudieron contactarse y participaron son: Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media; Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Unidad Académica Altiplano (COARA); Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Unidad Académica Huasteca Sur; Universidad Autónoma de San

Luis Potosí, Facultad de Enfermería y Nutrición; Cruz Roja Mexicana (CRM); Universidad Intercultural de San Luis Potosí (UITSLP), e Instituto Tecnológico Julio Verne (ITJV).

Grupo de estudio 4. Actores adscritos a instituciones que participan o debieran participar en la elaboración o implementación de políticas relacionadas con el cuidado. Entre estos, se consideró prioritaria la participación de los siguientes: DIF estatal; Instituto de las Mujeres del Estado (IMES); Dirección de Integración Social de Personas con Discapacidad; Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), San Luis Potosí; Centro de Rehabilitación Integral, Ciudad Valles; Unidad Básica de Rehabilitación de Tamazunchale, San Luis Potosí; DIF municipal de Matlapa; Asuntos Indígenas, instancia municipal de la mujer y albergue, de Matlapa; Unidad Básica de Rehabilitación, y Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.

En la figura 1 se esquematiza el procedimiento seguido para la realización de este diagnóstico.

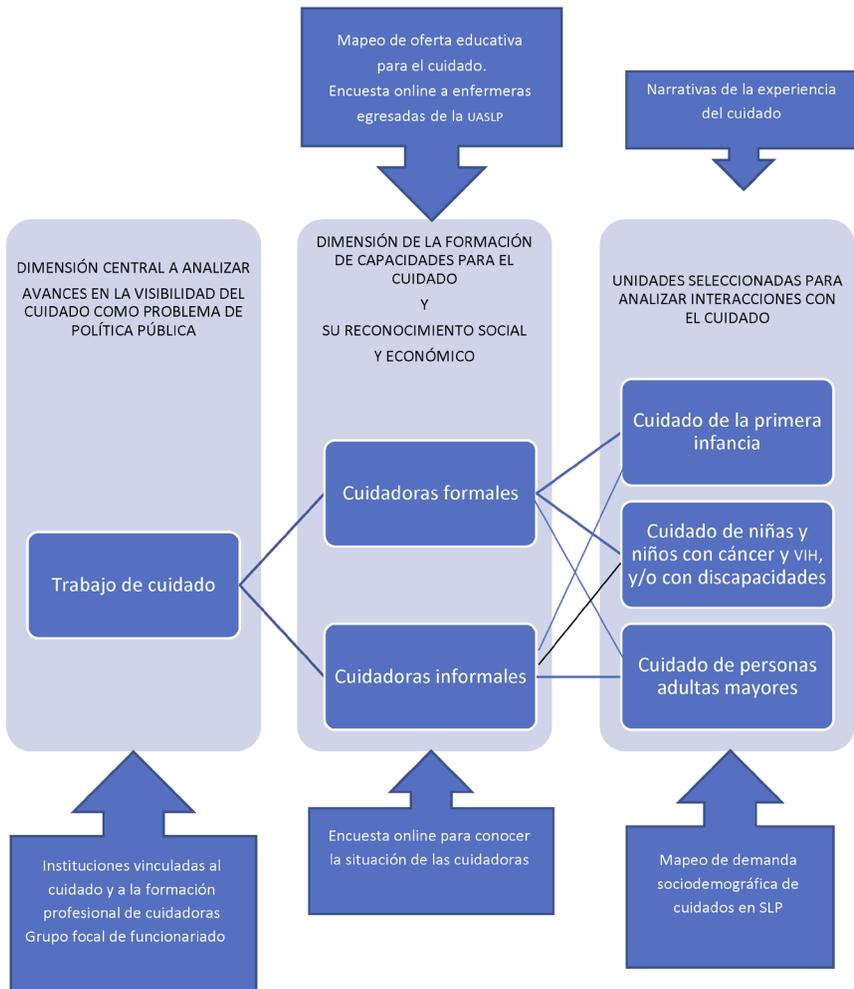
UBICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA OFERTA Y LA DEMANDA DEL TRABAJO DE CUIDADOS

Para el análisis geográfico se trabajó con el total de la población por grupos de edades, con dos insumos prioritarios: 1) acerca de población total por grupo vulnerable para el año 2010, se tomó como referencia los datos del Censo de Población y Vivienda de 2010, y 2) en cuanto a la población total del 2015, se utilizaron las cifras del Censo de Población y Vivienda de 2015. Ambas se acoplaron a los grupos en situación de vulnerabilidad de interés para el presente estudio (0 a 4 años y 60 años y más)⁴.

La estimación del total de la población de los grupos vulnerables (0 a 4 años y 60 años y más) se efectuó con fundamento en el cálculo de la tasa de crecimiento de la población total (TCPT) utilizando la fórmula

⁴ En México, la tasa de crecimiento poblacional nacional promedio fue de 1.4 entre 2010 y 2015, lo que representa un crecimiento anual de 1 567 365 habitantes. No obstante, para el estado de San Luis Potosí, la tasa de crecimiento se estimó en 1.1 (INEGI, 2015).

FIGURA 1
ESQUEMA DEL ESTUDIO



Fuente: Estrategia metodológica de la investigación.

de crecimiento poblacional compuesto (TCPT-CPC), a través de la siguiente ecuación:

$$P_t = P_0 (1 + r)^t$$

Donde:

P_t : Población total.

P_0 : Población Inicial.

P_5 : Población después de 5 años.

t : Tiempo entre periodo.

r : Tasa de crecimiento de la población.

El TCPT-CPC se calculó en el entorno de los sistemas de información geográfica (GIS, por sus siglas en inglés), que permite la creación de consultas interactivas, la integración, el análisis y la representación de forma eficiente de cualquier tipo de información geográfica referida asociada a un territorio, conectando mapas con bases de datos,⁵ evidenciando, en específico, el incremento de la población entre 2010 y 2015 en el área geoestadística básica (AGEB) de los grupos vulnerables: niñas y niños de 0 a 4 años y personas adultas mayores de más de 60 años de la zona conurbada de San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez, considerada la principal zona urbana del estado de San Luis Potosí.

Para dar respuesta al segundo objetivo, se consultó y analizó la base de datos del Directorio Estadístico de Unidades Económicas (DENUE) publicado por el INEGI en 2017, el cual se considera una infraestructura que permite la identificación y la ubicación de las unidades económicas en el territorio.⁶ Del mismo modo, para evidenciar una sectorización de la zona conurbada de San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez se realizó la superposición de la regionalización del área urbana San

⁵ Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2020, Información para la actualización e incorporación de unidades económicas al DENUE, DENUE-INEGI, 2020. Datos a noviembre de 2020. <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/587>

⁶ Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2020, Información para la actualización e incorporación de unidades económicas al DENUE, DENUE-INEGI, 2020. Datos a noviembre de 2020. <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/587>

Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez, del Plan del Centro de Población Estratégico San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez de 2003, lo que permitió una subdivisión territorial de la zona conurbada San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez en nueve sectores o regiones definidos de la siguiente forma: Centro, Lomas-Tangamanga, Morales-Industrial Aviación, Saucito-Terceras, Satélite-Progreso, Zona Industrial, Delegación Villa de Pozos, Soledad Norte y Soledad Sur.

Finalmente, con la incorporación del planteamiento de la geointeligencia, se hizo la asociación e interacción espacial de los elementos que territorialmente involucran los grupos vulnerables (0 a 4 años y mayores de 60 años) con respecto a la oferta de cuidados (sector público y privado), ya que, de manera específica, la geointeligencia se refiere a la explotación y al análisis avanzado de datos obtenidos por sistemas de colección de información geoespacial sobre características y eventos espacio-temporales, con el objeto de localizar objetos y acontecimientos, así como de discernir su significado bajo un enfoque transdisciplinario dirigido a los tomadores de decisiones⁷.

HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN CON LOS ACTORES ENCARGADOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DEL CUIDADO

Diseño de la muestra cuantitativa

En los estudios sociales se considera importante incluir la mayor cantidad de sujetos de estudio. Para lograrlo, fue necesario diseñar un tamaño de muestra apropiado. Dado que al inicio se desconocía el número total de sujetos de estudio (condición que se presenta en nuestro estudio, por ser una encuesta abierta y en línea), se encontró conveniente

⁷ Sistemas de información geográfica, Servicio geológico minero, 2020. <https://www.sgm.gob.mx/Web/MuseoVirtual/SIG/Introduccion-SIG.html>

utilizar una fórmula en la que la población se considera infinita o mayor a 10 000 habitantes^{8 9}:

$$n = \frac{z^2 * p * q}{d^2} \quad (1)$$

En la que:

p = Proporción aproximada de la variable en estudio en la población de referencia.

q = Proporción de la población de referencia que no presenta la variable de estudio (1-p).

Z = Nivel de confianza.

d = Nivel de precisión absoluta (o error).

En el caso del desconocimiento de los valores de p y q, es aceptable establecer el 50 por ciento (0.50) para p. El nivel de confianza (Z) será el grado de confianza que se tendrá de que el *valor verdadero* de la variable en la población que *se encuentre en la muestra*. Cuanta más confianza se requiera mayor será el número de sujetos necesarios o el tamaño de muestra. Es correcto considerar un nivel de 95 por ciento, porque se puede afirmar que se tiene el 95 por ciento de probabilidad de que el valor verdadero de la variable que se estudie esté en la población de muestra calculada. Para este valor de confianza, Z es igual a 1.96. La precisión absoluta o error (d) es para dejar margen al error aleatorio exigido; cuanto más precisión se desee, mayor será el tamaño de la muestra, y se fija previamente de acuerdo con la finalidad de la investigación. Es correcto considerar, cuando hay un intervalo de confianza de 95 por ciento, que el valor de d sea igual a 0.05.

Sustituyendo estos valores en la ecuación (1):

$$n = \frac{1.96^2 * 0.50 * 0.50}{0.05^2} = 384$$

⁸ C. Vilalta, *Análisis de datos*, CIDE, 2016.

⁹ S. Aguilar-Barojas, Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, vol. 11, núm. 1-2, 2005, pp. 333-338.

Con base en los procedimientos antes señalados, el número de encuestas aplicadas (o tamaño de muestra) fue de 384. Dado que este estudio evalúa la situación actual de personas que se dedican al cuidado de otras personas, se consideró necesario dividir el número de muestras entre aquellas que tienen una formación expreso para ello (que llamamos “formales”) de aquellas que lo realizan por usos y costumbres, por haber recibido una capacitación relacionada, etcétera (que llamamos “no formales”). Para este estudio, se toma que un mayor porcentaje de la encuesta debe dirigirse a las cuidadoras formales, por lo que 70 por ciento del total de la muestra se asignó a esta población (véase el cuadro 1).

CUADRO 1
ENCUESTAS CALCULADAS Y REALIZADAS POR CUIDADORAS

Clasificación de cuidadoras	Número de encuestas calculadas	Número de encuestas realizadas
Formales	269	267
No formales	115	186
Total	384	453

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de las encuestas.

El resultado de la aplicación de esta encuesta indica que 267 fueron contestadas por cuidadoras formales y 186 por no formales. Por lo tanto, se puede afirmar, con un 95 por ciento de confianza, que la variable de estudio se encuentra en nuestra población y que el nivel de error disminuyó de acuerdo con el siguiente cálculo:

$$d = \sqrt{\left(\frac{1.96^2 * 0.50 * 0.50}{453}\right)} = 0.046$$

MUESTREO CUALITATIVO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES

El diagnóstico con los actores de las instancias y organizaciones se realizó en grupos focales en línea, por medio de la metodología de la

investigación activa participativa (IAP), que permite detonar procesos reflexivos, sistemáticos, controlados y críticos, así como generar una visión general de un problema complejo, por la diversidad de perspectivas de quienes conforman el grupo.

La estrategia metodológica utilizada para la selección de la población fue el muestreo conocido como opinático o intencional, el cual hace posible la selección de casos característicos de una población. Las instancias encargadas de garantizar derechos laborales, económicos y sociales, las instancias académicas y las organizaciones de la sociedad civil son quienes designaron a las personas que participaron en la elaboración del diagnóstico participativo.

ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos cuantitativos se recurrió a la estadística descriptiva, en tanto que para las unidades narrativas se usó la estrategia propuesta desde la teoría fundamentada, por lo que los datos obtenidos se categorizaron en una matriz de Excel con objeto de codificar y sistematizar la información para identificar las relaciones e interpretar los datos.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO DE LA DEMANDA Y LA POTENCIAL DEMANDA DE CUIDADOS

En este apartado se retoman datos de la población que en la actualidad requiere cuidados y la población que en un futuro demandará servicios de cuidados, ya sea por edad, por complicaciones médicas de alguna enfermedad crónica, o por ambos aspectos.

Primero se hablará sobre la población de primera infancia que requiere cuidados. Los niños y las niñas que necesitan mayor número de cuidados son los menores de seis años, antes de que ingresen a la educación primaria. Según datos de la Encuesta Intercensal 2015 hecha por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI),¹ en San Luis Potosí hay 2 723 772 habitantes, de los cuales 48.5 por ciento son hombres y 51.5 son mujeres.

Para el análisis estadístico, el INEGI divide los grupos etarios en quinquenios. En el grupo de cero a cuatro años de edad hay 236 968 personas que representan 8.8 por ciento del total de habitantes, de las cuales 119 846 (4.4 por ciento del total) son niños y 117 122 (4.3 por ciento del total) son niñas.

En el quinquenio de cinco años a nueve años hay 258 758 habitantes, que representan el 8.5 por ciento del total de habitantes, de los cuales 130 741 (4.8 por ciento del total) son niños y 128 017 (4.7 por ciento del total) son niñas. Cabe señalar que en 2019 la natalidad fue

¹ INEGI, Encuesta Intercensal 2015. <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=24#tabMCcollapse-Indicadores>, consultado el 14/12/2020]

de 46 706 nacimientos, de los cuales 23 723 fueron hombres y 22 969 fueron mujeres.

El comportamiento demográfico² del grupo de edad de 0 a 4 años en el periodo de 1990 a 2015 se puede observar en la gráfica 1.



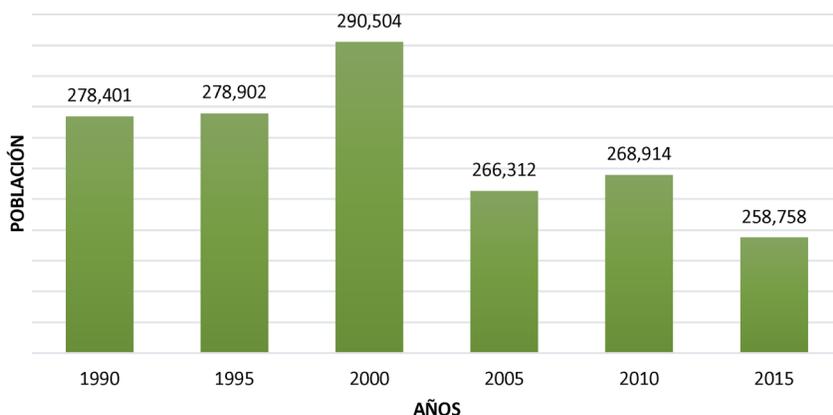
Fuente: elaboración propia con datos del INEGI (2015).

Como se observa, en este grupo etario se produjo un decremento sostenido en la población en el periodo de 1990 a 2015; la disminución es de 12.4 por ciento, lo que representa 33 741 habitantes menos, de los cuales 17 497 son niños y 16 344 son niñas. El comportamiento demográfico³ del grupo de edad de 5 a 9 años de 1990 a 2015 se puede observar en la gráfica 2. Igual que el grupo antes descrito, presenta un decremento del siete por ciento en la población para el periodo de 1990 a 2015, esto es, existen 19 643 habitantes menos, de los cuales 9 432 son niños y 10 211 son niñas.

² INEGI, Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, 1990 a 2010. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Poblacion_01&bd=Poblacion

³ INEGI, Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, 1990 a 2010. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Poblacion_01&bd=Poblacion

GRÁFICA 2
POBLACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS



Fuente: elaboración propia con datos del INEGI (2015).

Ahora, haciendo coincidir otras variables interseccionales, se encuentra que, según la encuesta intercensal 2015 del INEGI,⁴ la población del estado de San Luis Potosí que se considera indígena es de 630 604 personas, de las cuales 50.8 por ciento son mujeres y 49.2 por ciento son hombres. Esto representa el 23.2 por ciento de la población total del estado y ubica a la entidad en el lugar nacional 14 en porcentaje de población indígena.

De la población indígena, 257 482 habitantes mayores de 3 años son hablantes de lenguas indígenas; 49.7 por ciento son hombres y 50.3 por ciento son mujeres. Además, 4.12 por ciento no habla español. De acuerdo con datos del Consejo Estatal de Población (COESPO),⁵ la estructura por edad es la que se presenta en el cuadro 2. Respecto a la cantidad de niños y niñas indígenas menores a seis años, el COESPO señala que existe una población baja en los grupos de 0 a 4 (aproximadamente 50 000) y de 5 a 9 años (aproximadamente 60 000).

⁴ INEGI, Panorama Sociodemográfico de San Luis Potosí 2015. https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082345.pdf

⁵ COESPO, Perfil sociodemográfico de la población indígena en el estado de San Luis Potosí 2018. https://slp.gob.mx/coespo/SiteAssets/Poblaci%C3%B3n%20Ind%C3%ADgena_COESPO2018.pdf

CUADRO 2
POBLACIÓN INDÍGENA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
POR RANGO DE EDAD

Grupos de edad	Población indígena
Niñas y niños de 0 a 14 años	185 281
Jóvenes de 15 a 21 años	151 991
Personas adultas de 30 a 59 años	214 958
Personas adultas de más de 60 años	78 170
Personas que no especifican edad	204
<i>Total</i>	<i>630 604</i>

Fuente: elaboración propia con datos del COESPO (2018).

En el trabajo de geoposicionamiento se determinó que el crecimiento de la población infantil entre 0 y 4 años se está produciendo en las periferias de la ciudad, en particular en zonas habitacionales de relativa reciente creación y donde, además, habita población con mayores condiciones de desventaja estructural para el cuidado (véase el mapa 1).

En lo que respecta a la oferta de servicios para apoyar en el cuidado en el estado, los servicios de cuidado a niños y niñas menores de tres años se ofrecen principalmente en establecimientos adscritos a la Secretaría de Educación del Gobierno del Estado, con tres diferentes programas y modalidades de atención: Educación Inicial Escolarizada, Educación Inicial no Escolarizada y Educación Inicial Indígena.

En Educación Inicial Escolarizada se tiene una cobertura de 56 Centros de Desarrollo Infantil, ubicados en los municipios de Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí, Ciudad Valles, Matehuala y Rioverde. Por su sostenimiento, 10 son estatales, seis son federales transferidos, 11 de otras Secretarías u organismos y 29 son particulares. En estos centros se atienden a 2 301 niños y 2 335 niñas, para un total de 4 636 personas. El cuidado a los niños y niñas se brinda en 248 grupos organizados en seis salas, tres niveles de lactantes y tres niveles de maternal, como se puede observar en el cuadro 3.

En el trabajo de geoposicionamiento se localizaron los nodos que ofrecen servicios de oferta de cuidados a los grupos vulnerables de interés en la zona conurbada San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez.

CUADRO 3
ORGANIZACIÓN DE LAS SALAS EN LA EDUCACIÓN INICIAL ESCOLARIZADA
EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

Sala	Edad
Lactantes I	De 45 días a 6 meses
Lactantes II	De 7 a 11 meses
Lactantes III	De 12 a 18 meses
Maternal I	De 1 año 7 meses a 1 año 11 meses
Maternal II	De 2 años a 2 años 11 meses
Maternal III	De 3 años a 3 años 11 meses

Fuente: elaboración propia con datos de la Secretaría de Educación de Gobierno del Estado de San Luis Potosí

Cabe señalar que, para el grupo vulnerable (menores de 4 años), se identificaron siete criterios del sector público y seis del sector privado, definidos y caracterizados en el siguiente cuadro y distribuidos espacialmente como se muestran en el mapa 2. Se hacen evidentes 943 nodos del sector público que ofrecen servicios al grupo vulnerable, distribuidos de manera uniforme en la zona conurbada San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez.

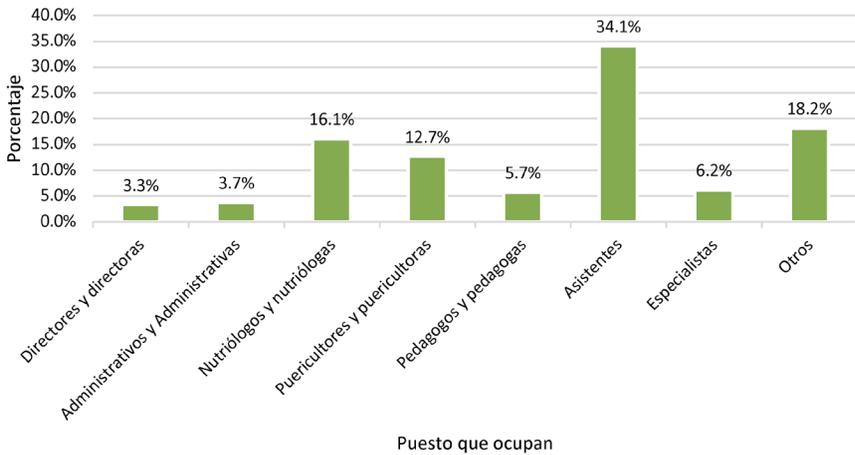
Respecto al personal que atiende a las niñas y niños en los Centros de Desarrollo Infantil, está compuesto por 1 885 personas, de las cuales 165 son hombres y 1 720 son mujeres, que desarrollan funciones directivas, docentes, de pedagogía y puericultura. Lo anterior se representa en la gráfica 3.

En Educación Inicial Indígena se da atención a niños y niñas menores de tres años, con una cobertura de 233 Centros de Desarrollo Infantil, ubicados en las Zonas Media y Huasteca, en 23 municipios considerados con población indígena que tienen hablantes de lengua náhuatl, tének o xi'úi. Por su sostenimiento, estos centros son federales transferidos.

En estos Centros se atienden a 1 798 niños y 1 672 niñas, para un total de 3 470 personas. El cuidado a los niños y niñas se brinda en 257 grupos, que son atendidos por 250 docentes, 49 hombres y 201 mujeres, algunos de los cuales realizan también la función de dirección. En esta modalidad de Educación Inicial Indígena se tiene el apoyo de 3 628 padres y madres adscritos a los Centros de Desarrollo Infantil.

GRÁFICA 3

PERSONAL DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL EN SAN LUIS POTOSÍ



Fuente: elaboración propia con datos de la Secretaría de Educación de Gobierno del Estado de San Luis Potosí.

En Educación Inicial no Escolarizada se trabaja de manera coordinada entre la Secretaría de Educación y el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE); 1 304 promotoras comunitarias atienden a niñas y niños menores de 4 años, con una cobertura estatal en 1 304 localidades indígenas y no indígenas de alta y muy alta marginación.

Por parte del Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en el Estado (SIPINNA SLP), se tienen ocho centros de atención infantil, ubicados en las cuatro regiones del estado: Centro, Altiplano, Media y Huasteca. En estos centros se atienden aproximadamente 900 niños y niñas.

Otro grupo población que requiere de cuidados, independientemente de la edad, lo forman las personas con alguna discapacidad. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) señala que:

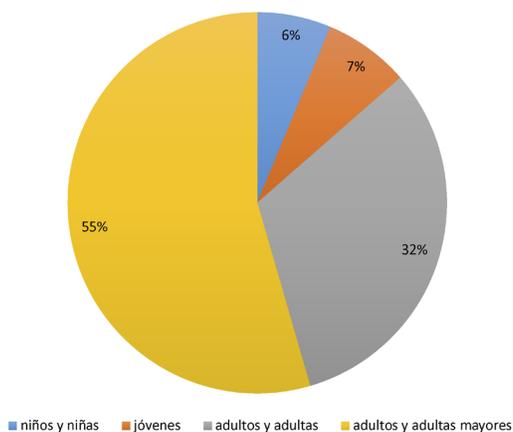
Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar

con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.⁶

Según datos de la ENADID de 2014, en México 7.1 millones de personas viven en situación de discapacidad, de las cuales 2.5 por ciento reside en el estado de San Luis Potosí; 50.7 por ciento de la población con discapacidad en el estado son hombres y 49.3 por ciento son mujeres; a su vez, la incidencia de población en situación de discapacidad en el estado es de 66 personas por cada mil habitantes.⁷

En cuanto a la distribución porcentual por grupo de edad, 6.3 por ciento de la población total con discapacidad en el estado se conforma por infantes de 0 a 14 años de edad, 7.3 por ciento corresponde al grupo de jóvenes de 15 a 29 años; 31.9 por ciento, a personas adultas de 30 a 59 años, y 54.5 por ciento, a personas mayores de 60 años y más.⁸

GRÁFICA 4
POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN SAN LUIS POTOSÍ POR GRUPO DE EDAD



Fuente: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, base de datos, INEGI.

⁶ Convención de las Personas con Discapacidad, 2016, p. 13. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>

⁷ INEGI, La discapacidad en México, 2014, pp. 22-23. <http://coespo.qroo.gob.mx/Descargas/doc/DISCAPACITADOS/ENADID%202014.pdf>

⁸ INEGI, La discapacidad en México, 2014, p. 25. <http://coespo.qroo.gob.mx/Descargas/doc/DISCAPACITADOS/ENADID%202014.pdf>

En relación con el tipo de discapacidades de la población del estado de San Luis Potosí, 66.9 por ciento presenta dificultades para caminar, subir o bajar usando las piernas, 58.0 por ciento no puede ver (aunque usen lentes), 40.4 por ciento tiene dificultad para mover o usar los brazos o manos, 45.5 por ciento tiene dificultades en el aprendizaje (recordar o concentrarse), 37.5 por ciento no puede oír (aunque usen aparato auditivo), 26.3 por ciento presenta dificultad para bañarse, vestirse o comer, 18.4 por ciento tiene dificultades para hablar y 19.4 padece problemas emocionales o mentales.⁹

CUADRO 4
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD
EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ, POR TIPO DE DISCAPACIDAD

Caminar, subir o bajar usando las piernas	Ver, aunque use lentes	Mover los brazos o las manos	Aprender, recordar o concentrarse
66.9%	58.0%	40.4%	45.5%
Oír, aunque use aparato auditivo	Bañarse, vestirse o comer	Hablar o comunicarse	Problemas emocionales o mentales
37.5%	26.3%	18.4%	19.4%

Fuente: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, base de datos, INEGI.

Sobre las causas de la discapacidad en la población de San Luis Potosí, 40.8 por ciento es por una enfermedad; 35.6 por ciento, por la edad avanzada; 8.7 por ciento, por nacimiento; 9.1 por ciento, por accidente; 1.3 por ciento se asocia a la violencia, y 4.5 por ciento a otras causas¹⁰.

La distribución porcentual por tipo de discapacidad según la causa en el grupo de edad de 0 a 14 años (niños y niñas) en el estado de San Luis Potosí, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda realizado por el INEGI en 2010,¹¹ se especifica en el cuadro 6.

⁹ INEGI, La discapacidad en México, 2014, pp. 32-33. <http://coespo.qroo.gob.mx/Descargas/doc/DISCAPACITADOS/ENADID%202014.pdf>

¹⁰ INEGI, La discapacidad en México, 2014, p. 37. <http://coespo.qroo.gob.mx/Descargas/doc/DISCAPACITADOS/ENADID%202014.pdf>

¹¹ Último censo de población que hace el cruce entre tipo y causas de la discapacidad respecto al grupo de edad por entidad federativa.

CUADRO 5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD
EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ, SEGÚN CAUSA DE DISCAPACIDAD

Enfermedad	Edad avanzada	Nacimiento	Accidente	Violencia	Otra causa
40.8%	35.6%	8.7%	9.1%	1.3%	4.5%

Fuente: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, base de datos, INEGI.

CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS LIMITACIONES DE LA POBLACIÓN
CON DISCAPACIDAD DE 0 A 14 AÑOS POR TIPO DE DISCAPACIDAD
SEGÚN LA CAUSA, SAN LUIS POTOSÍ¹²

Tipo de discapacidad	Causa de la discapacidad				
	Porque nació así	Por una enfermedad	Por accidente	Otra causa	No específica
Total	61.3	22.1	5.9	8.0	2.8
Caminar, moverse, subir o bajar	53.3	29.3	8.6	7.9	0.8
Ver, aun usando lentes	47.8	34.4	10.0	5.3	2.5
Hablar, comunicarse o conversar	71.7	14.8	1.8	9.3	2.4
Oír, aun usando aparato auditivo	66.3	22.3	8.1	3.0	0.4
Vestirse, bañarse o comer	47.9	25.7	8.5	15.7	2.2
Poner atención o aprender cosas sencillas	58.7	20.2	5.5	12.6	2.9
Tiene alguna limitación mental	74.7	11.7	2.9	3.0	7.6

Fuente: Estadísticas a propósito del Día del Niño (30 abril), Datos San Luis Potosí 2015, INEGI.

Respecto al acceso a la educación de la población en situación de discapacidad, se toman los datos estadísticos presentados en el Censo de Población y Vivienda realizado por el INEGI en 2010, ya que es el último

¹² INEGI, Estadísticas a propósito del Día del Niño (30 abril), Datos San Luis Potosí, 2015, p. 9.

censo de población que brinda información sobre el nivel y promedio de escolaridad de la población con discapacidad por entidad federativa.¹³

Los datos proporcionados por el INEGI en 2010 muestran que 30.5 por ciento de la población en situación de discapacidad en el estado de San Luis Potosí no cuenta con ningún grado escolar (dicha proporción también incluye la educación preescolar), 46.7 por ciento cuenta con primaria completa o incompleta, 12.3 por ciento con secundaria, 5.2 por ciento con nivel medio superior y 4.5 por ciento con nivel superior.¹⁴

Según los datos estadísticos ofrecidos por el INEGI, en 2010 había 248 196 personas mayores de 5 años hablantes de alguna lengua indígena en San Luis Potosí, lo que representa 10 por ciento de la población de la entidad. En el estado hay 141 326 hablantes de nahua, 99 464 hablan tének, 11 412 hablan xi'úi, dos variantes (norte y sur), y 320 son hablantes de otomí.¹⁵ Del total de población indígena que reside en el estado de San Luis Potosí, 7.9 por ciento de la población de 3 años y más vive en situación de discapacidad, lo que equivale a 19 607 personas indígenas con discapacidad.¹⁶

GRÁFICA 6

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE 3 AÑOS Y MÁS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ



Fuente: *Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010*, INEGI.

De acuerdo con los datos de La Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares de 2018, el ingreso económico mensual de las personas

¹³ INEGI, *Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010*. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf

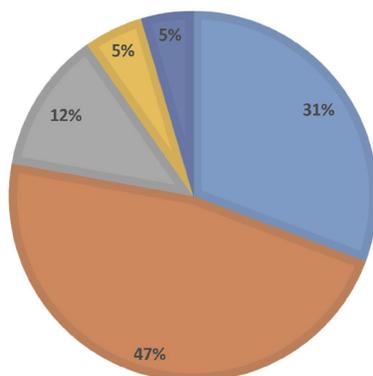
¹⁴ INEGI, *Las personas con discapacidad en México*, 2010, p. 80.

¹⁵ INEGI, *Diversidad, San Luis Potosí*. <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/slp/poblacion/diversidad.aspx?tema=me&e=24>

¹⁶ INEGI, *Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010*, p. 106.

GRÁFICA 5
 PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD DE 15 AÑOS
 Y MÁS EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ ESCOLARIZADA

■ ninguna ■ primaria ■ secundaria ■ media superior ■ superior



Fuente: Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010, INEGI.

hablantes de lengua indígena en el estado de San Luis Potosí, es de 6,011 pesos. En el cuadro 7 se presentan los ingresos percibidos por género y etnicidad en el estado de San Luis Potosí.

CUADRO 7
 INGRESOS MENSUALES DE LA POBLACIÓN INDÍGENA POR GÉNERO EN SAN
 LUIS POTOSÍ

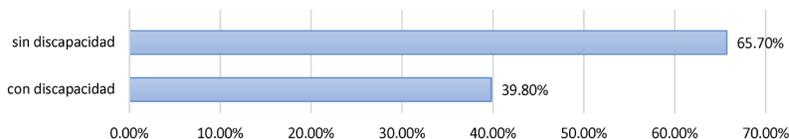
Características étnicas	Ingreso promedio hombres	Ingreso promedio mujeres
Habla lengua indígena	6,803	5,201

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018, INEGI.

Los datos proporcionados por la ENADID de 2014 sobre la participación económica de las personas en situación de discapacidad en el estado de San Luis Potosí señalan que 39.8 por ciento de las personas con discapacidad tiene una participación económica; en contraparte, 65.7 por ciento de las personas sin discapacidad son económicamente activas.¹⁷

¹⁷ INEGI, La discapacidad en México, 2014, p. 64

GRÁFICA 7
 PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA DE LAS PERSONAS EN
 SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ



Fuente: Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010, INEGI.

En el Censo de Población y Vivienda de 2010 (INEGI) se define la clase de vivienda particular como una “clasificación de viviendas particulares según el tipo de construcción, independencia y agrupamiento, propósito de la edificación o improvisación en su ocupación” (INEGI, 2011b, p. 38). En 2010, la proporción de viviendas particulares habitadas con presencia de personas con discapacidad en el Estado de San Luis Potosí era de 18.6 por ciento.¹⁸

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) publicada en 2010, el gasto promedio en el cuidado a la salud en hogares con personas con discapacidad en México es 40 por ciento más alto que el de su equivalente sin discapacidad (\$1,634.80 frente a \$1,163.50). En dicho hogares se gasta el doble en cuidados a la salud que en los que no albergan a personas con esta condición entre sus residentes (4.6 frente a 2.4 por ciento) y se utiliza más dicho gasto en atención primaria o ambulatoria (77.2 por ciento) y medicamentos sin receta (16.1 por ciento) que en atención hospitalaria (6.7 por ciento)¹⁹.

La Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares de 2018 señala que el ingreso promedio mensual de las personas con discapacidad en San Luis Potosí es de 3,489 pesos; en contraparte, las personas que no presentan una discapacidad perciben mensualmente 5,327 pesos.²⁰ El ingreso promedio (en pesos) de las personas en situación de discapacidad está vinculado al tipo de discapacidad, tal como se muestra en el cuadro 8.

¹⁸ INEGI, Las personas con discapacidad en México, 2010, p. 96.

¹⁹ INEGI, Las personas con discapacidad en México, 2010, p. 67.

²⁰ INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018, p. 19. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh2018_ns_presentacion_resultados_slp.pdf

CUADRO 8
INGRESO MENSUAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN
DE DISCAPACIDAD EN SAN LUIS POTOSÍ

Tipo de discapacidad	Personas perceptoras de ingreso	Ingreso promedio (pesos)
Con discapacidad	172 924	3 489
Ver, aun usando lentes	56 233	3 432
Caminar, moverse, subir o bajar	103 670	3 427
Hablar, comunicarse o conversar	9 528	3 145
Oír, aun usando aparato auditivo	37 614	3 145
Poner atención o aprender cosas sencillas	15 575	2 440
Vestirse, bañarse o comer	13 040	2 193
Tiene alguna limitación mental	5 423	2 101
No especificada	7 625	4 633

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018, INEGI.

Los ingresos percibidos mensualmente por las personas en situación de discapacidad en el estado de San Luis Potosí, en su mayoría provienen de apoyos gubernamentales, los cuales resultan insuficientes considerando que, en la media nacional, los hogares que cuentan con un integrante con discapacidad gastan el doble en cuidados de la salud respecto a los hogares que no albergan a personas con esta condición entre sus residentes (4.6 ante 2.4 por ciento).

A continuación, en el cuadro 9 se resumen los ingresos mensuales de la población con discapacidad por género en el estado de San Luis Potosí.

CUADRO 9
INGRESOS MENSUALES DE LA POBLACIÓN
CON DISCAPACIDAD POR GÉNERO

Género	Ingresos promedio mensuales (pesos)
Mujeres	4 028
Hombres	6 260

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018, INEGI.

El ingreso promedio (en pesos) mensual de las personas en situación de discapacidad por grupo de edad y género se encuentra distribuido de la manera que se muestra en el cuadro 10.

CUADRO 10
INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
POR GRUPO DE EDAD Y GÉNERO

Grupos de edad	Hombres	Mujeres
12 a 19 años	1 630	1 191
20 a 29 años	7 627	4 406
30 a 39 años	8 535	5 309
40 a 49 años	9 373	5 631
50 a 59 años	7 723	6 503
60 años o más	5 299	3 261

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018, INEGI.

La población de personas en situación de discapacidad en el estado de San Luis Potosí percibe mensualmente 3 489 pesos, 1 838 pesos menos que las personas que no tienen alguna discapacidad. Aunado a esta desigualdad de ingresos, las personas con discapacidad gastan el doble en cuidados de la salud que las personas que no viven en situación de discapacidad.

Acerca de los ingresos percibidos mensualmente por las personas en situación de discapacidad por género, las mujeres perciben 4 028 pesos, mientras que los hombres reciben 6 239 pesos. En este sentido, una mujer en situación de discapacidad en el estado de San Luis Potosí percibe 2 211 pesos menos que un hombre en situación de discapacidad. Dichas cifras muestran las desigualdades y asimetrías que atraviesan las mujeres, pero, sobre todo, hace reflexionar sobre el hecho de que las niñas, adolescentes y mujeres en situación de discapacidad no cuentan con los mismos recursos económicos para satisfacer las demandas de cuidados y atención de su salud.

En cuanto a los ingresos mensuales de la población con discapacidad por grupo de edad, la población de 12 a 19 años y de 60 años o más es la que percibe menor ingreso. Sin embargo, son las mujeres de 60 años y más quienes se ven más vulnerables respecto a los ingresos económicos,

porque perciben mensualmente únicamente 3 261 pesos, una cantidad con la que difícilmente es posible cubrir los gastos que representa el cuidado de una mujer adulta mayor en situación de discapacidad.

Si bien no existen datos específicos sobre los ingresos que perciben las personas indígenas en situación de discapacidad en San Luis Potosí, en los ingresos mensuales por etnicidad y género (véase el cuadro 9) se observa que el ingreso de la población indígena es menor que el de la población en situación de discapacidad. Por lo tanto, se infiere que la población indígena en situación de discapacidad padece mayores precariedades en el cuidado de su salud.

En el contexto indígena, la pobreza extrema, las carencias de infraestructura y medios de transporte adecuados, aunados a la deficiencia en la aplicación de programas de salud y educativos que reporten prácticas y conceptos de la tradición indígena, han obstaculizado la inserción de los niños y las niñas nahuas con discapacidad dentro de la vida social de su comunidad.²¹

Los programas sociales implementados mediante apoyos económicos de tipo asistencialista que el gobierno ha destinado a la atención de esta población no han podido dar solución a las problemáticas que afronta día con día la población indígena en situación discapacidad. En el caso de infantes indígenas con discapacidad, las adversidades que afrontan son subsanadas por su grupo familiar, principalmente por las madres de familia, y por las maestras, trabajadoras sociales y de la salud que laboran en las distintas instituciones sociales que brindan atención a dicha población en las comunidades indígenas del estado. Es gracias a este capital social que las y los infantes han podido tener acceso a la educación y a la salud.²²

Sobre los gastos que representan el cuidado de la salud de las personas en situación de discapacidad, resulta importante resaltar que, según la media nacional, 77.2 por ciento de los gastos empleados en el cuidado de las personas en situación de discapacidad son para cubrir la atención primaria o ambulatoria. Entre los principales servicios que brinda la

²¹ A. Moctezuma Balderas, *Cuerpos diversos: aspectos socioculturales sobre las corporalidades y la discapacidad en la infancia nahua de la Huasteca potosina, Ciencia y Humanismo en la Salud*, vol. 6, núm. 1, 2019, pp. 22-31.

²² A. Moctezuma Balderas, *Cuerpos diversos...*, p. 27.

atención primaria se encuentran: consultas médicas domiciliarias, prescripción y diagnósticos médicos, rehabilitación básica, atención paliativa (enfermos crónicos degenerativos terminales) y atención a la salud mental y otro tipo de especialidades.

La mayoría de los servicios ofrecidos en la atención primaria son requeridos constante y cotidianamente por las personas en situación de discapacidad. Aunque muchas instituciones del estado (DIF, CREE, UBR, CAM) brindan atención médico-rehabilitadora de manera gratuita a las personas con discapacidad, no se han contemplado los gastos que representa el traslado de las personas con discapacidad y de sus cuidadoras o cuidadores para que puedan recibir la atención primaria o ambulatoria.

Uno de los vacíos en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares y en la Encuesta sobre personas con discapacidad consiste en que no se especifica si entre los gastos implementados para el cuidado de personas en situación de discapacidad se contempla el sueldo de personas cuidadoras formales (enfermeros, enfermeras, geriatras) o informales (integrante o persona externa al grupo familiar) y qué tipo de sueldo perciben.

Otras de las poblaciones que requieren cuidados son los adultos y las adultas mayores. De acuerdo con cifras de 2017, el 10.5 por ciento de la población total nacional (12.9 millones) son personas adultas mayores, de las que 53.9 por ciento son mujeres y 46.1 por ciento son hombres.²³ Cuatro de cada diez personas mayores (39 por ciento) pertenecen a la población económicamente activa, de la cual más de la mitad son hombres (54.6 por ciento) y poco menos de una cuarta parte son mujeres (23.5 por ciento).²⁴ Cuatro de cada diez personas mayores (41.1 por ciento) están en situación de pobreza; en total, 34.6 por ciento vive en pobreza moderada y 6.6 por ciento vive en pobreza extrema.²⁵

Según la encuesta intercensal de 2015, en San Luis Potosí, las personas mayores de 60 años equivalen a 10.4 por ciento de la población total. El 55.8 por ciento corresponde a población urbana y 44.1 por ciento a población rural.

²³ INMUJERES, Boletín Desigualdad en cifras, año 4, número 7, julio de 2018.

²⁴ Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017, Prontuario de resultados, CONPRED, 2018.

²⁵ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Resultados de pobreza en México 2016, CONEVAL, 2017.

En el trabajo de geoposicionamiento realizado en la zona conurbada San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez se identificó que, pese a la transición demográfica, la presencia de personas adultas mayores en esta región se sitúa aún considerablemente por debajo de la población de 0 a 4 años. Se ubica en la periferia, aparentemente sin distinción de otras variables como la clase social o el índice de marginación, contrario a lo observado al respecto en la población infantil (véase el mapa 3).

El 63.6 por ciento del cuidado no remunerado de personas mayores lo llevan a cabo las mujeres, mientras que los hombres efectúan el 36.4 por ciento restante. En promedio, las mujeres dedican 24.36 horas a la semana a esta actividad y los hombres 16.5 horas.²⁶ Solo cuatro de cada diez personas mayores (39 por ciento) tienen acceso a servicios de salud públicos.²⁷

En 2014, 28.8 por ciento de las mujeres y 22.3 por ciento de los hombres de 80 años y más necesitaron que alguna persona de su hogar les brindara cuidados o apoyo.²⁸ Hay un acceso limitado a empleos remunerados y solo un pequeño porcentaje de las personas adultas mayores disfrutaban de una pensión o jubilación que les permita solventar sus gastos de manera autónoma. Si a esto se suman las condiciones de discapacidad o enfermedad y un contexto social adverso en el que es frecuente la segregación y la discriminación de la vejez, el panorama resulta de alta vulnerabilidad.

En este contexto es donde se considera pertinente dilucidar quiénes están a cargo de los cuidados de esta población vulnerable y cuáles son las condiciones bajo las que ejercen dichos cuidados. Las cuidadoras de personas adultas mayores desempeñan una labor en un esquema de cuidados que es poco considerado en el ámbito público como insumo de hechura de política pública. Las estadísticas sobre cuidadoras y el porcentaje de población en vejez son datos importantes que considerar, así como las condiciones de vida y la diferenciación de zonas (rural y urbana).

Los cuidados de las personas adultas mayores se encuentran presentes, aunque de forma diferenciada. Es importante considerar los cuidados que

²⁶ INEGI, Encuesta intercensal 2015.

²⁷ Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017, Prontuario de resultados, CONPRED, 2018.

²⁸ INMUJERES con base en la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, INEGI, 2014.

se brindan en el hogar o en casas especiales de cuidado, subrogando el cuidado a lo público o lo privado, así como conocer la oferta y las características de las estancias de cuidado para personas adultas mayores y de los servicios de cuidados a domicilio y el perfil de las personas cuidadoras.

Según cifras del INEGI enunciadas en el comunicado de prensa número 475/19 sobre estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad (1° de octubre), México es un país que cuenta con cerca de 15.4 millones de personas de 60 años o más (12.3 por ciento de la población total), y cerca de 10 por ciento de esta población vive sola. Los principios de la ONU sobre personas de edad especifican que estas son contribuyentes del desarrollo del país, por lo que se enfatiza su consideración en el diseño de las políticas públicas, sobre todo, en materia de protección. Lo más relevante es el disfrute de los cuidados y la protección familiar. Según datos de la ENADID de 2018, la mayor población de 60 años y más son mujeres, en condición de viudez. Además, las mujeres son menos activas laboralmente, y su mayor ingreso es la jubilación o pensión, los programas de gobierno o el trabajo propio.

Es importante considerar también el acceso a los servicios de salud, ya que un elevado porcentaje de la población lo requiere por cuestiones de edad o de enfermedades crónico-degenerativas. Es necesario tomar en cuenta el tema de la salud y el acceso y garantía de esta, ya que la mayoría de los cuidados deviene de este aspecto. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la principal institución de atención a la cual acuden. La segregación de las condiciones de vida en que se encuentran las personas mayores de 60 años y más es también una variable que debe analizarse, no solo si la zona es urbana o rural, sino también las condiciones de la vivienda y el acceso a otros servicios públicos.

La consideración de actores clave para la búsqueda de mayores insumos e identificación de cuidadoras formales e informales es clave para el proceso metodológico. Actores como los Servicios de Salud, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), el Sistema DIF, la Procuraduría de la Defensa de las Personas Adultas Mayores (PDPAM), las personas cuidadoras formales e informales, así como los beneficios que se dan a estas, pueden auxiliar en la articulación de acciones para la procuración de las cuidadoras de adultas y adultos mayores, presentes y futuras.

Características sociodemográficas de las poblaciones que requieren cuidados

Es importante estudiar las poblaciones que en el futuro podrán requerir algún tipo de cuidado debido a complicaciones y a la evolución de las enfermedades crónicas que padecen. Es por ello que se decidió incluir un análisis acerca de las principales enfermedades crónicas en la esfera estatal por grupo de edad y por zona. Este tipo de análisis hace posible conocer las tendencias respecto de los grupos de edad y las regiones donde se necesitarán personas que realicen servicios de cuidado. A continuación, se muestra un análisis de las principales enfermedades crónicas que son causas de morbilidad y, después, las enfermedades que son las principales causas de mortalidad en la población del estado de San Luis Potosí.

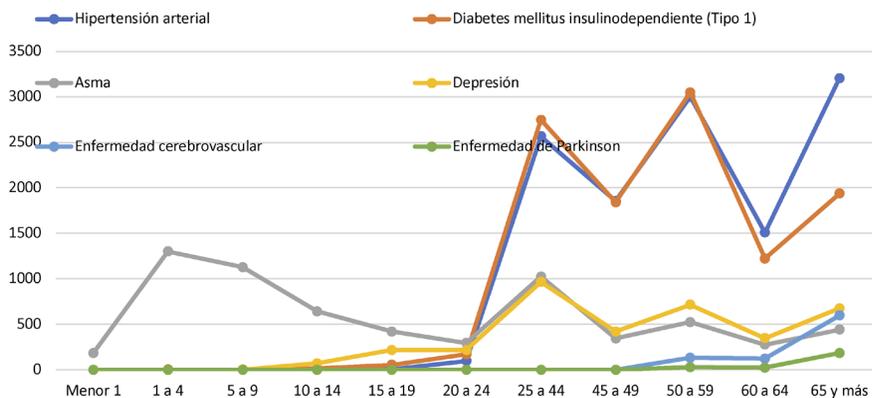
De acuerdo con el Diagnóstico Sectorial del Sector Salud de San Luis Potosí de 2018,²⁹ la principal causa de morbilidad en la población son las infecciones respiratorias agudas. Las enfermedades crónicas causantes de elevadas morbilidades varían según el rango de edad. En niños y niñas, adolescentes y jóvenes menores de 25 años, el asma es la enfermedad crónica que más personas padecen. En personas de 25 a 64 años, la diabetes mellitus y la hipertensión son las principales enfermedades, y en personas de 65 años en adelante lo es la hipertensión (véase la gráfica 8).

Al analizar por zonas las tres principales enfermedades crónicas, se observa (véase la gráfica 9) que, en toda la población, el asma se presenta en 332.90 personas por cada 100 000 habitantes en la Zona Huasteca, cifra mayor al promedio estatal y en otras regiones. En el caso de la diabetes mellitus y de la hipertensión arterial, la Zona Centro es la que presenta las mayores tasas por cada 100 000 habitantes.

A continuación, se presenta el análisis por rango de edad, por zona y por tipo de enfermedad. De acuerdo con el análisis realizado para el asma en las poblaciones de 0 a 9 años y de 10 a 24 años, que son las principales que padecen este tipo de enfermedad, observamos (véase la gráfica 10) que en el grupo de población de 0 a 9 años la tasa es de 661.04 personas por 100 000 habitantes en la Zona Huasteca, una cifra

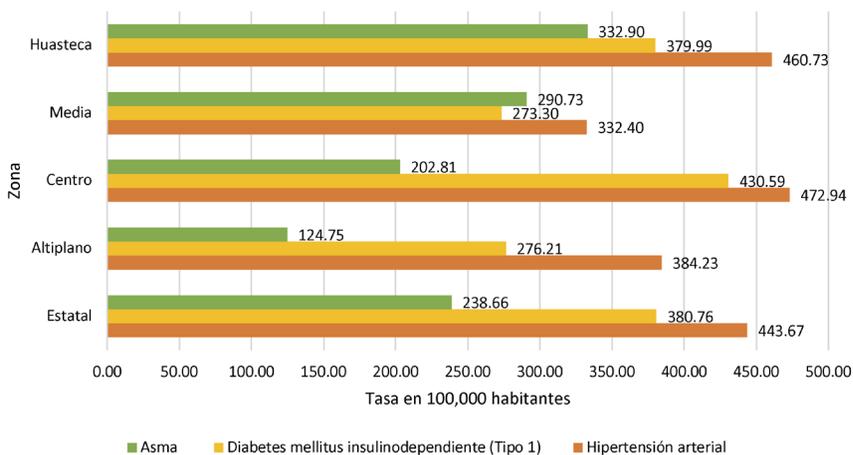
²⁹ Secretaría de Salud de San Luis Potosí, *Diagnóstico sectorial, sector salud, San Luis Potosí 2018*, 2019. <http://www.slpsalud.gob.mx/transparenciaadmon/transparencia/2019/ene/DiagnosticoSalud/DIAGNOSTICO-SALUD.pdf>

GRÁFICA 8
 ENFERMEDADES CRÓNICAS CAUSANTES DE MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN
 DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ EN 2017



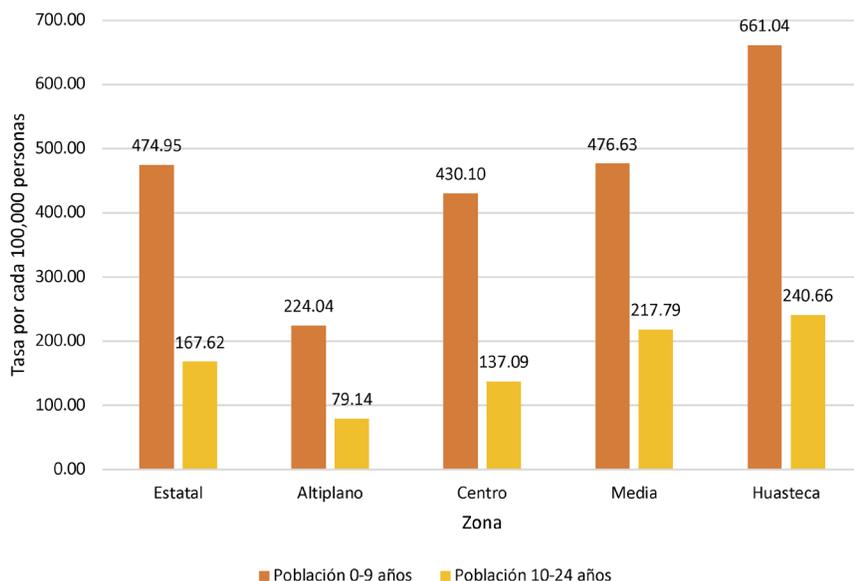
Fuente: elaboración propia con resultados publicados en el *Diagnóstico Sectorial, Sector Salud, San Luis Potosí 2018*, Secretaría de Salud de San Luis Potosí, 2019.

GRÁFICA 9
 ENFERMEDADES CRÓNICAS CAUSANTES DE MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN
 TOTAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ EN 2017, POR ZONA



Fuente: elaboración propia con resultados publicados en el *Diagnóstico Sectorial, Sector Salud, San Luis Potosí 2018*, Secretaría de Salud de San Luis Potosí, 2019.

GRÁFICA 10
ANÁLISIS ESTATAL POR ZONA DE CASOS DE ASMA EN POBLACIÓN DE 0 A 24
AÑOS EN 2017



Fuente: elaboración propia con resultados publicados en el *Diagnóstico Sectorial, Sector Salud, San Luis Potosí 2018*, Secretaría de Salud de San Luis Potosí, 2019.

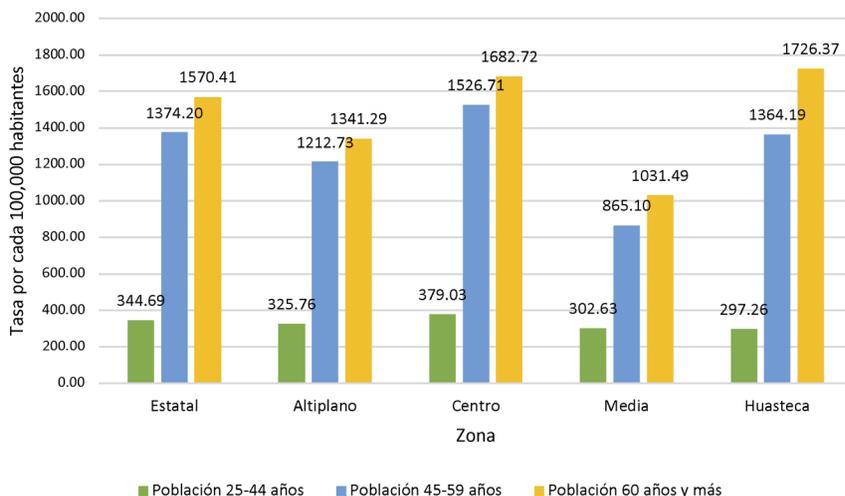
muy por encima del promedio estatal y de las otras zonas. En el caso de la población de 10 a 24 años, las tasas más altas se presentan en la Zona Huasteca y la Zona Media. La Zona Altiplano es donde la población infantil y juvenil de 0 a 24 años presenta menos casos.

De acuerdo con el análisis acerca de hipertensión arterial por rango de edad y por zona en poblaciones de 25 a 60 años y más, que son las principales poblaciones que la padecen, en la gráfica 11 se muestra que de los 25 a 59 años esta enfermedad se padece principalmente en la Zona Centro, y en la población de 60 años y más la tasa más alta por cada 100 000 habitantes se ubica en la Zona Huasteca. Es notable el incremento de casos en la población de 45 años en adelante.

En el análisis para diabetes mellitus por rango de edad y por zona en poblaciones de 25 a 60 años y más, estas son las principales poblaciones que la padecen. De los 25 a 59 años las tasas más altas por cada 100 000

GRÁFICA 11

ANÁLISIS ESTATAL Y POR ZONA DE CASOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN A PARTIR DE LOS 25 AÑOS EN 2017



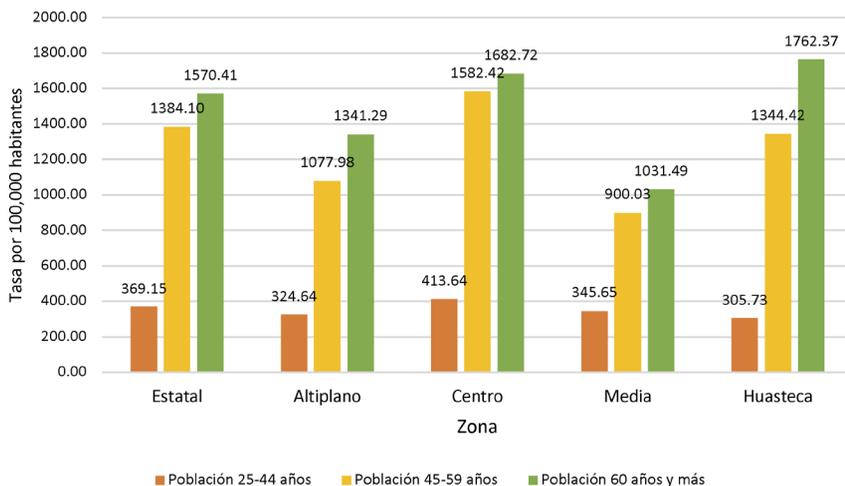
Fuente: elaboración propia con resultados publicados en el *Diagnóstico Sectorial, Sector Salud, San Luis Potosí 2018*, Secretaría de Salud de San Luis Potosí, 2019.

habitantes están en la Zona Centro y en la población de 60 años y más la tasa más alta se tiene en la Zona Huasteca. Al igual que en la hipertensión arterial, es notable el incremento de casos en el estado y, por lo tanto, en todas las zonas en la población de 45 años en adelante (véase la gráfica 12).

En 2017, la principal causa de mortalidad en el estado de San Luis Potosí fueron las enfermedades del corazón; en segundo lugar, la diabetes mellitus, y entre las diez principales enfermedades se encuentran las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades del hígado, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y la insuficiencia renal. Según el análisis por sexo, la principal enfermedad que provoca la muerte en los hombres son las enfermedades isquémicas del corazón y en las mujeres es la diabetes mellitus tipo 2.³⁰

³⁰ Secretaría de Salud de San Luis Potosí, *Diagnóstico sectorial, sector salud, San Luis Potosí 2018*, 2019. <http://www.slpsalud.gob.mx/transparenciaadmon/transparencia/2019/ene/DiagnosticoSalud/DIAGNOSTICO-SALUD.pdf>

GRÁFICA 12
ANÁLISIS ESTATAL POR ZONA DE CASOS DE DIABETES MELLITUS EN
POBLACIÓN A PARTIR DE LOS 25 AÑOS EN 2017



Fuente: elaboración propia con resultados publicados en el *Diagnóstico Sectorial, Sector Salud, San Luis Potosí 2018*, Secretaría de Salud de San Luis Potosí, 2019.

Respecto a la mortalidad por sexo, los hombres son quienes tienen la tasa más alta. Sin embargo, por grupo de edad, las niñas de 1 a 4 años son quienes fallecen en mayor proporción que los hombres.

En el cuadro 11 se sintetizan las ocho principales enfermedades que provocan la muerte por rango de edad. Las enfermedades del corazón son una de las 10 principales enfermedades que provocan la muerte en toda la población, independientemente de la edad.

En la gráfica 13 se muestra la tasa de mortalidad por cada 100 000 habitantes de acuerdo con la zona del estado y el rango de edad. Se observa que la tasa se incrementa notoriamente a partir de los 60 años, y las mayores tasas de mortalidad se ubican en la Zona Media y Zona Huasteca.

CUADRO 11

TASA POR CADA 100 000 HABITANTES DE LAS PRINCIPALES 10 ENFERMEDADES QUE PROVOCAN LA MUERTE POR GRUPO DE EDAD EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ EN 2017

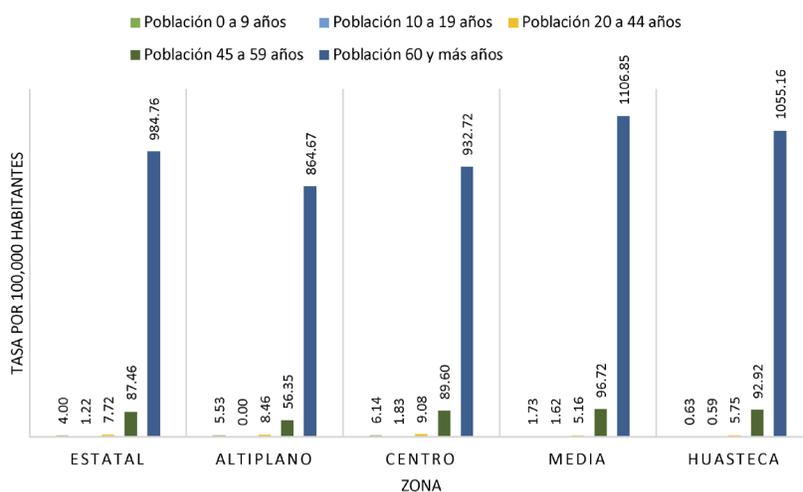
Padecimiento	Rango de edad				
	0 a 9	10 a 19	20 a 44	45 a 59	60 y más
Enfermedades del corazón	4.00	1.22	7.72	87.46	948.76
Epilepsia	1.82	NA	NA	NA	NA
Insuficiencia renal	1.27	NA	NA	12.45	NA
Enfermedades del hígado	NA*	NA	7.27	64.82	127.26
Diabetes mellitus	NA	NA	6.05	127.09	518.03
Enfermedad por VIH	NA	NA	3.02	NA	NA
Enfermedades cerebrovasculares	NA	NA	1.93	18.68	223.87
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	NA	NA	NA	NA	227.87

*NA = no aplica.

Fuente: elaboración propia con resultados publicados en el *Diagnóstico Sectorial, Sector Salud, San Luis Potosí 2018*, Secretaría de Salud de San Luis Potosí, 2019.

GRÁFICA 13

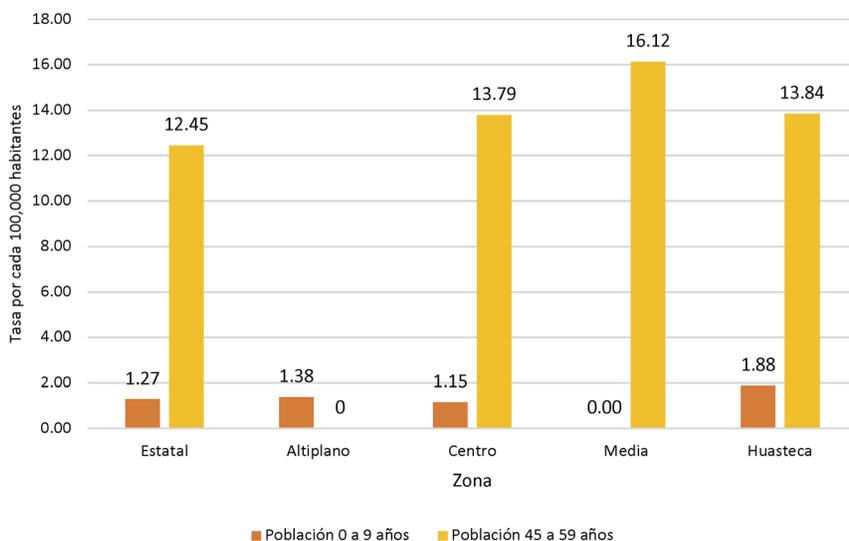
TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL CORAZÓN POR CADA 100 000 HABITANTES POR ZONA EN 2017



Fuente: elaboración propia con resultados publicados en el *Diagnóstico Sectorial, Sector Salud, San Luis Potosí 2018*, Secretaría de Salud de San Luis Potosí, 2019.

La insuficiencia renal crónica es una de las diez principales causas de muerte de los 0 a los 9 años y de los 45 a los 59 años. En la gráfica 14 se representan las tasas de mortalidad por cada 100 000 habitantes en cada una de las cuatro zonas del estado y la tasa estatal. Como se puede observar, la tasa más alta en la población de 0 a 9 años se encuentra en la Zona Huasteca y en la Zona Media la tasa más alta se ubica en el grupo de 45 a 59 años.

GRÁFICA 14
TASA DE MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
POR CADA 100 000 HABITANTES EN LAS POBLACIONES
DE 0 A 9 AÑOS Y DE 45 A 59 AÑOS POR ZONA EN 2017

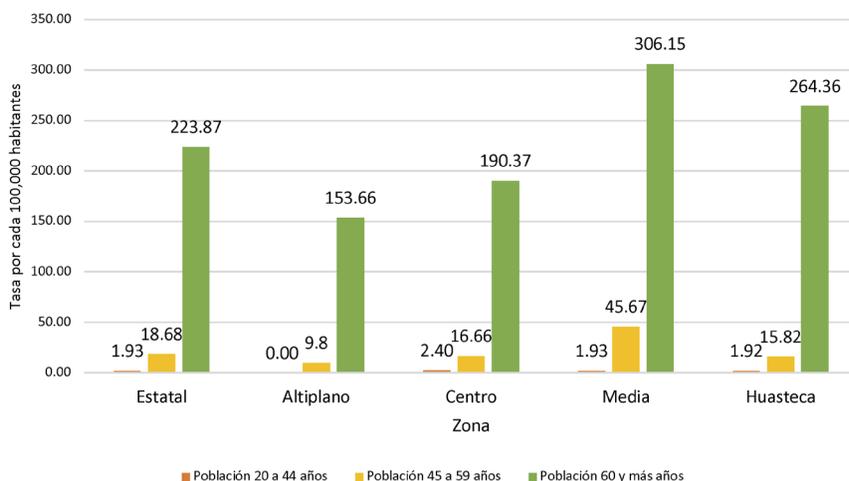


Fuente: elaboración propia con resultados publicados en el *Diagnóstico Sectorial, Sector Salud, San Luis Potosí 2018*, Secretaría de Salud de San Luis Potosí, 2019.

Las enfermedades cerebrovasculares son una de las diez principales causas de muerte en la población de 20 años a 60 años y más. En la gráfica 15 se muestra la tasa de mortalidad por cada 100 000 habitantes en cada grupo de edad y por zona. De los 20 a 44 años la tasa es muy baja, entre 0 y 2.40 casos. En el grupo de edad de 45 a 59 años, en la Zona Media la tasa es más del doble que la tasa promedio estatal. En la población de

60 y más años, la tasa se incrementa de manera exponencial. La Zona Media es la zona con la tasa más alta.

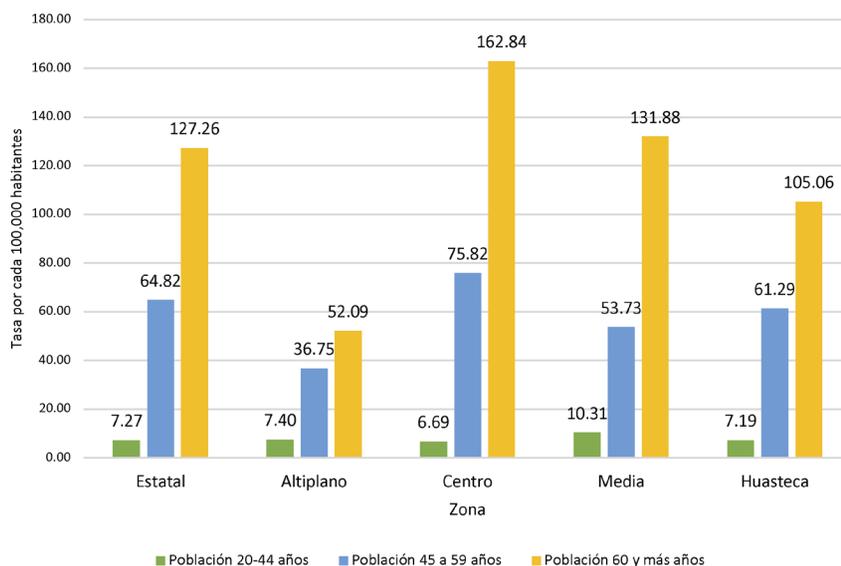
GRÁFICA 15
TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES
POR CADA 100 000 HABITANTES EN LA POBLACIÓN DE 20 AÑOS
EN ADELANTE POR ZONA EN 2017



Fuente: elaboración propia con resultados publicados en el *Diagnóstico Sectorial, Sector Salud, San Luis Potosí 2018*, Secretaría de Salud de San Luis Potosí, 2019.

Las enfermedades del hígado también se encuentran entre las diez principales causas de muerte en personas de 20 años en adelante. En la gráfica 16 se puede observar que en el grupo de edad de 20 a 44 años la tasa más alta de mortalidad por cada 100 000 habitantes se ubica en la Zona Media. En los grupos de edad de 45 a 60 y más años las tasas más altas se halla en la Zona Centro.

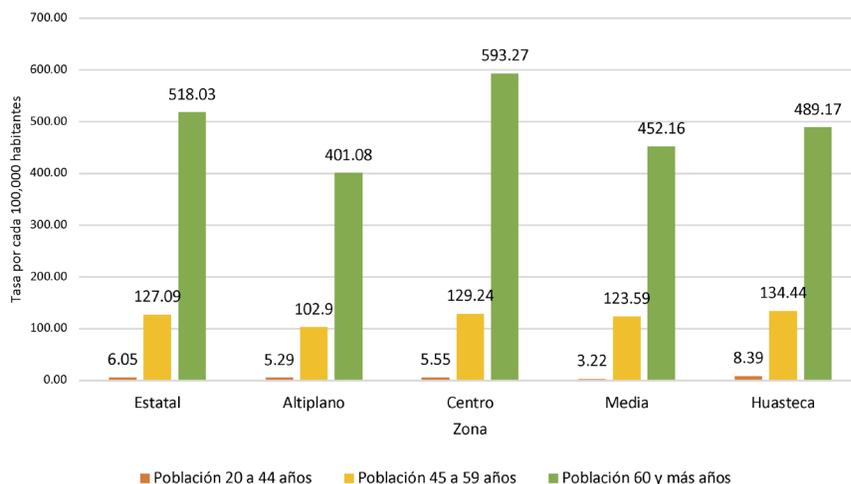
GRÁFICA 16
 TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL HÍGADO
 POR CADA 100 000 HABITANTES EN LA POBLACIÓN DE 20 AÑOS
 EN ADELANTE POR ZONA EN 2017



Fuente: elaboración propia con resultados publicados en el *Diagnóstico Sectorial, Sector Salud, San Luis Potosí 2018*, Secretaría de Salud de San Luis Potosí, 2019.

La diabetes mellitus es otra de las principales enfermedades causantes de muerte en personas de 20 años en adelante. Al igual que en las enfermedades cerebrovasculares y del hígado, la tasa más alta se registra en la población de 60 años y más. En el caso de la diabetes mellitus en la población de 20 a 59 años, no se observan grandes diferencias por zona. La Zona Huasteca es la que tiene la mayor tasa de mortalidad. En el grupo de 60 y más años, la mayor tasa se observa en la Zona Centro (véase la gráfica 17).

GRÁFICA 17
TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS
POR CADA 100 000 HABITANTES EN LA POBLACIÓN DE 20 AÑOS
EN ADELANTE POR ZONA EN 2017



Fuente: elaboración propia con resultados publicados en el *Diagnóstico Sectorial, Sector Salud, San Luis Potosí 2018*, Secretaría de Salud de San Luis Potosí, 2019.

La epilepsia es una de las diez enfermedades causantes de muertes en la población de 0 a 9 años. La tasa estatal por cada 100 000 habitantes es de 1.82 casos. La Zona Centro es la que presenta la mayor tasa, con 3.07 casos por cada 100 000 habitantes.

Las enfermedades relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana constituyen una de las diez causas de muerte entre la población de 20 a 44 años. En el estado, por cada 100 000 habitantes se producen 3.02 defunciones en este grupo de edad. La mayor tasa se localiza en la Zona Huasteca.

En las personas de 60 y más años, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (sin considerar la bronquitis, la bronquiectasia, el enfisema y el asma) son una de las diez principales causas de muerte. Por cada 100 000 habitantes, en el estado se registran 227.87 muertes por estas enfermedades. La tasa más alta se presenta en la Zona Huasteca.

GEOPOSICIONAMIENTO DE LA OFERTA INSTITUCIONAL PÚBLICA Y PRIVADA PARA DAR SERVICIOS DE CUIDADO EN SAN LUIS POTOSÍ

Para la obtención del total de población en el año 2010 se utilizaron los datos del Censo de Población y Vivienda del INEGI de 2010. Se hacen evidentes dos grupos muy homogéneos, con una diferencia de 559 734 personas entre el grupo de 0 a 4 años y el grupo de 60 años y más, conforme a al cuadro 12.

CUADRO 12
POBLACIÓN TOTAL DE LOS GRUPOS DE 0 A 4 AÑOS Y DE 60 AÑOS Y MÁS
SEGÚN EL CENSO DE 2010 DEL INEGI

Grupo vulnerable	Grupo de edad (INEGI)	Hombres	Mujeres	Total de hombres	Total de mujeres	Total de población por grupo de edad (INEGI)	Total de población por grupo vulnerable del estudio
De 0 a 4 años	0 a 4	4.8	4.7	5 373 824	5 261 869	10 635 693	10 635 693
60 años y más	60-64	1.3	1.5	1 455 411	1 679 320	3 134 730	10 075 919
	65-69	1	1.1	1 119 547	1 231 501	2 351 048	
	70-74	0.8	0.9	895 637	1 007 592	1 903 229	
	75-79	0.5	0.6	559 773	671 728	1 231 501	
	80-84	0.3	0.3	335 864	335 864	671 728	
	85+	0.3	0.4	335 864	447 819	783 683	

Nota: para 2010, el INEGI estimó una población de 111 954 660 habitantes en el territorio nacional.

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. Estadísticas por grupos de edad, INEGI, 2010. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2010/doc/piramide_2010.pdf

En complemento, se analizaron los datos del Censo de Población y Vivienda de 2015, acoplados a los grupos vulnerables de interés para el presente estudio. Se obtiene que el grupo de 0 a 4 años incrementó en 10 518 706 habitantes, mientras que el grupo de 60 años y más aumentó a 12 550 729 habitantes (véase el cuadro 13).

CUADRO 13

POBLACIÓN TOTAL DE LOS GRUPOS DE 0 A 4 AÑOS Y DE 60 AÑOS Y MÁS, DE ACUERDO CON EL CONTEO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA DE 2015 DEL INEGI

Grupo vulnerable	Grupo de edad (INEGI)	Hombres	Mujeres	Total de hombres	Total de mujeres	Total de población (INEGI)	Total de población por grupo vulnerable
0 a 4 años	0 a 4	4.5	4.3	5 378 884	5 139 822	10 518 706	10 518 706
60 años y más	60-64	1.5	1.7	1 792 961	2 032 023	3 824 984	12 550 729
	65-69	1.2	1.3	1 434 369	1 553 900	2 988 269	
	70-74	0.9	1	1 075 777	1 195 308	2 271 084	
	75-79	0.6	0.7	717 185	836 715	1 553 900	
	80-84	0.4	0.5	478 123	597 654	1 075 777	
	85+	0.3	0.4	358 592	478 123	836 715	

*Nota: para 2015, el INEGI estimó una población de 119 530 753 habitantes en el territorio nacional.
 Fuente: Censo de Población y Vivienda 2015, Estadísticas por grupos de edad, INEGI, 2015. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf

El cálculo de la tasa de crecimiento de la población total utilizando la fórmula de crecimiento poblacional compuesto (TCPT-CPC) hizo posible la determinación del incremento de la población por grupo de edad, para integrarse a la base de datos del Censo de Población y Vivienda de 2010, que evidencia en las áreas geoestratégicas básicas (AGEBS) del INEGI el decremento o el incremento poblacional de la siguiente forma:

<p>Grupo vulnerable 0 a 4 años</p> $P_t = P_0 (1 + r)^t$ <p>P₀: 10635693 P₅: 10518706 t: 5 años r: ?</p>

<p>Grupo vulnerable 60 años y más</p> $P_t = P_0 (1 + r)^t$ <p>P₀: 10075919 P₅: 12550729 T: 5 años r: ?</p>
--

Lo anterior se consideró el insumo principal para calcular la tasa de crecimiento anual para el año 2015, con una representación espacial en las AGEBS de la zona conurbada de San Luis Potosí capital y la zona conurbada de Soledad de Graciano Sánchez, siendo factor fundamental las TCPT-CPC, en la que destaca que, para el grupo vulnerable de 0 a 4

años, la tasa de crecimiento de la población total es de -2.20 por ciento anual, lo que denota un decremento en la población infantil de 0 a 4 años; mientras que para el grupo de 60 y más años, la tasa de crecimiento de la población total es de 4.49 por ciento anual. Esta estimación se realizó a través de la calculadora de campos Field Calculator, como se aprecia en los siguientes recuadros:

Grupo vulnerable 60 años y más
$P_5 = P_0(1+r)^5$
$(1+r)^5 = P_5/P_0$
$(1+r)^5 = 12550729/10075919$
$(1+r)^5 = 1.24561631$
$1+r = (1.24561631)^{1/5}$
$1+r = 1.04490512$
$r = 1.04490512 - 1$
$r = -0.04490512$
$r = 4.49\%$

Grupo vulnerable 0 a 4 años
$P_5 = P_0(1+r)^5$
$(1+r)^5 = P_5/P_0$
$(1+r)^5 = 10518706/10635693$
$(1+r)^5 = 0.98900053$
$1+r = (0.98900053)^{1/5}$
$1+r = 0.99779036$
$r = 0.99779036 - 1$
$r = -0.00220964$
$r = -2.20\%$

Representación espacial de grupos vulnerables (0 a 4 años y 60 y más años) y oferta de cuidados

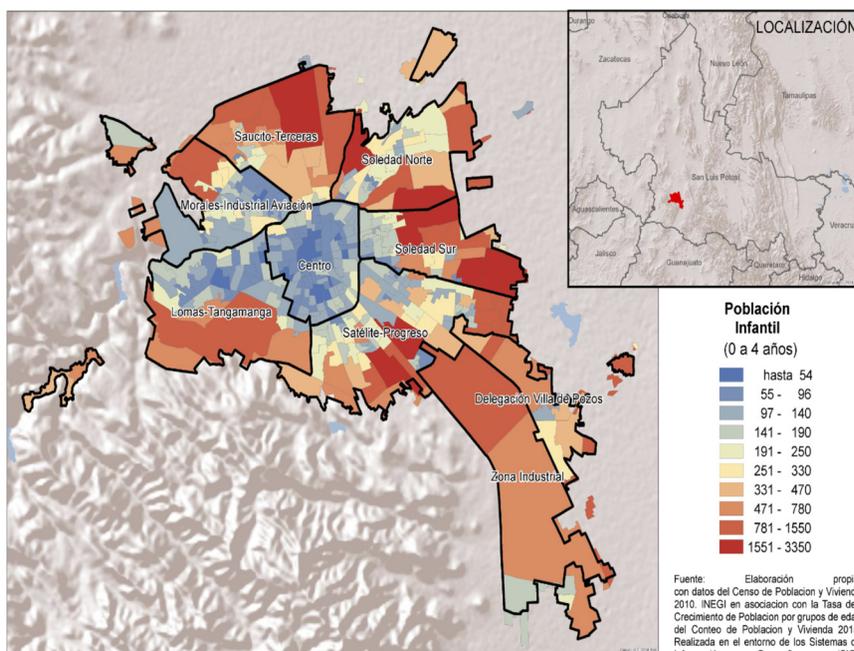
Con el cálculo de las TCPT-CPC se obtuvo la representación espacial de los grupos vulnerables, lo que permitió la identificación de las AGEBS donde se concentra la población de estudio, referida a los grupos vulnerables analizados. En el caso de población infantil de 0 a 4 años, las mayores densidades se ubican en Soledad Norte, Soledad Sur, Satélite-Progreso y Saucito-Terceras, con polígonos de AGEBS con población, en este grupo de edad, entre 330 y 3350 niñas y niños. Cabe señalar que la región Centro contiene AGEBS con menores densidades de población infantil de la edad de estudio (en tonalidades azules en el mapa 1), con hasta 150 niñas y niños por AGEBS.

Además, hay regiones con altas y bajas densidades de niñas y niños menores de 4 años como Lomas-Tangamanga, Morales-Aviación y Delegación Villa de Pozos, donde se encuentran de todos los rangos de densidad infantil; sin embargo, existen patrones de densidad al interior de las regiones como Lomas Tangamanga: mayores densidades al sur

y al norte, al igual que Satélite Progreso. Además, el caso contrario es Morales-Industrial aviación, donde hay mayor densidad al norte y menor hacia el sur. Finalmente, la región de la Zona Industrial se encuentra en el nivel medio de densidad de población infantil menor de 4 años (véase el mapa 1).

MAPA 1

DENSIDAD POR AGEB DEL GRUPO VULNERABLE DE 0 A 4 AÑOS PARA EL AÑO 2015



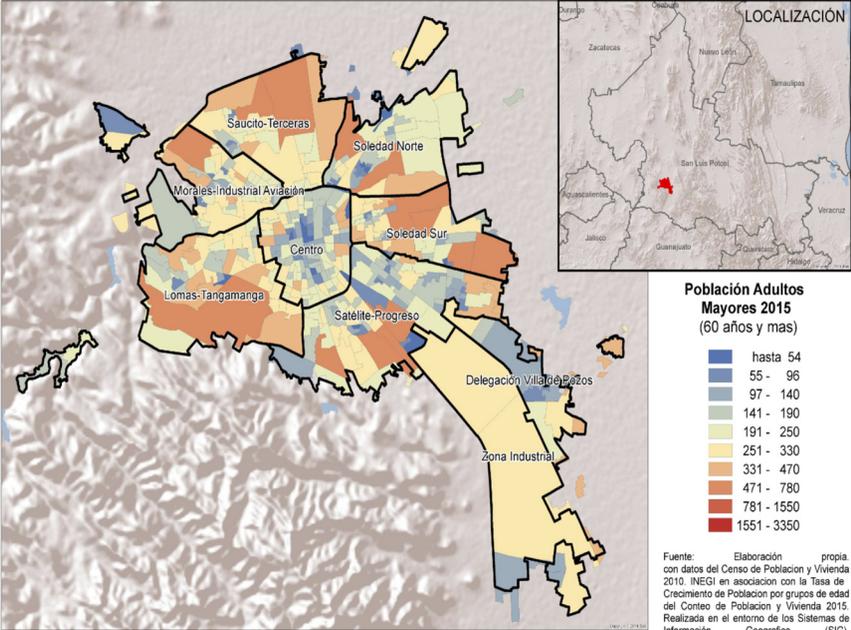
Fuente: elaboración propia con base en el cálculo de la TCPT-CPC con datos publicados por el INEGI en 2010 y en 2015.

Para el grupo de 60 años y más, las mayores densidades (menores a 780 personas) se distribuyen de manera homogénea en la región de la zona conurbada San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez. Cabe señalar que, a diferencia del anterior grupo vulnerable, la región centro presenta una densidad de población de media a baja (en tonalidades de azul a crema en el mapa 2). De igual forma, se identifican patrones en las regiones que integran la zona conurbada San Luis Potosí-Soledad de

Graciano Sánchez, es decir, el comportamiento de mayores densidades se localiza hacia la periferia, a excepción de la región Zona Industrial. De igual forma, la región Delegación Villa de Pozos posee menor densidad de personas adultas mayores en la porción central de esta, patrón semejante al observado en la región Centro (véase el mapa 2).

MAPA 2

DENSIDAD POR AGEB DEL GRUPO VULNERABLE DE 60 AÑOS Y MÁS PARA 2015



Fuente: elaboración propia con base en el cálculo de la TCPT-CPC con datos publicados por el INEGI en 2010 y en 2015.

Cabe señalar que el grupo vulnerable de 0 a 4 años se considera que es el que cuenta con mayor densidad, con 78.59 por ciento más personas que el grupo vulnerable 60 años y más, lo cual se refleja en las tonalidades en el mapa 1 y en el mapa 2 de densidad por AGEBS, ya que el valor de densidad más alto para 60 años y más es de 760 personas, mientras que para el grupo 0 a 4 años es de 3 550 personas.

En complemento, como insumo de respuesta al segundo objetivo, se logró la identificación de los nodos que ofrecen servicios de cuidados a los grupos vulnerables de interés. Cabe señalar que, para el grupo vulnerable de menores de 4 años, se reconocieron siete criterios del sector público y seis del sector privado, definidos y caracterizados en el cuadro 14, espacialmente distribuidos como se muestran en la figura 3. Se determinaron 943 nodos del sector público que ofrecen servicios al grupo vulnerable, distribuidos de manera uniforme en la zona conurbada San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez, y, por el contrario, hay 502 nodos de sector privado, con mayor densidad en los límites de las regiones Lomas-Tangamanga y Centro. Cabe mencionar que, en números, la relación es de casi 2 a 1 (véase el mapa 3).

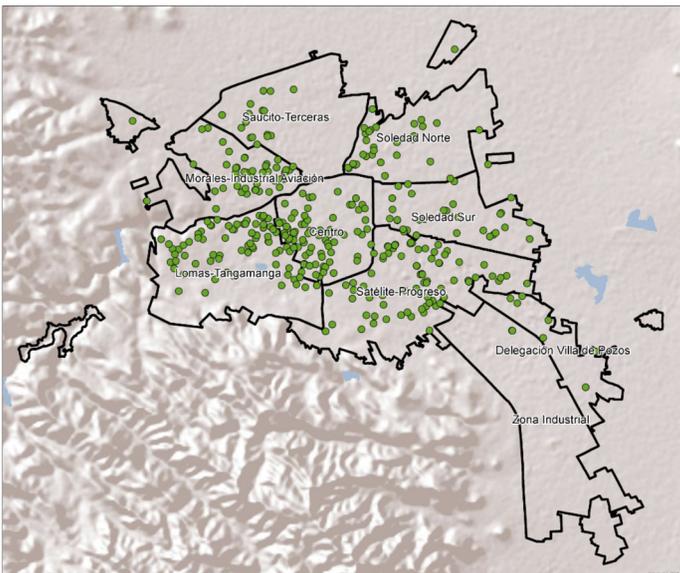
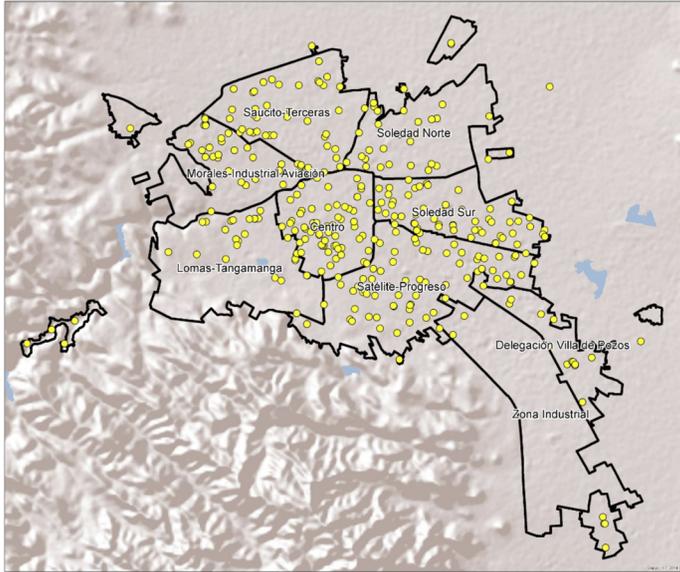
A continuación, se adjunta un esquema en el que se puede apreciar cuáles fueron los servicios públicos y privados geolocalizables para la construcción de los mapas anteriores.

CUADRO 14
OFERTA DE CUIDADOS PARA EL GRUPO VULNERABLE (0 A 4 AÑOS)

Sector público	1	Escuelas de educación preescolar del sector público
	2	Escuelas del sector público de educación para necesidades especiales
	3	Guarderías del sector público
	4	Hospitales generales del sector público
	5	Orfanatos y otras residencias de asistencia social del sector público
	6	Servicios de apoyo a la educación
	7	Servicios de orientación y trabajo social para la niñez y la juventud prestados por el sector público
Sector privado	1	Escuelas de educación preescolar del sector privado
	2	Guarderías del sector privado
	3	Hospitales del sector privado de otras especialidades médicas
	4	Hospitales generales del sector privado
	5	Orfanatos y otras residencias de asistencia social del sector privado
	6	Servicios de orientación y trabajo social para la niñez y la juventud prestados por el sector privado

Fuente: elaboración propia con datos del Directorio de Unidades Económicas, INEGI, 2017. <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denue/default.aspx>

MAPA 3
NODOS DE OFERTA DE CUIDADOS PARA EL GRUPO VULNERABLE
DE 0 A 4 AÑOS EN 2017



Fuente: elaboración propia con datos del Directorio de Unidades Económicas, INEGI, 2017. <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denu/default.aspx>

En complemento, para el grupo vulnerable de personas adultas mayores de 60 años, se identificaron ocho nodos que ofrecen servicio de cuidado para este grupo, de los cuales tres pertenecen al sector público y cinco al sector privado, definidos espacialmente y caracterizados en cuadro 15 y en la figura 4. Se reconocieron 140 nodos del sector público y 81 nodos del sector privado que ofrecen servicios al grupo vulnerable de 60 años y más. Los elementos del sector público se distribuyen de manera dispersa, pero homogénea; por su parte, los del sector privado se agrupan en los límites de las regiones Lomas-Tangamanga y Centro de la zona conurbada San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez (véase el mapa 4).

A partir de estos mapas es posible dar cuenta de que son mayores los centros de atención privada para el cuidado de este grupo específico y de que estos mismos servicios se concentran en regiones de acceso para grupos con mayor poder adquisitivo.

En el cuadro 15 se resumen los los servicios públicos y privados geolocalizables utilizados para la construcción de los mapas anteriores.

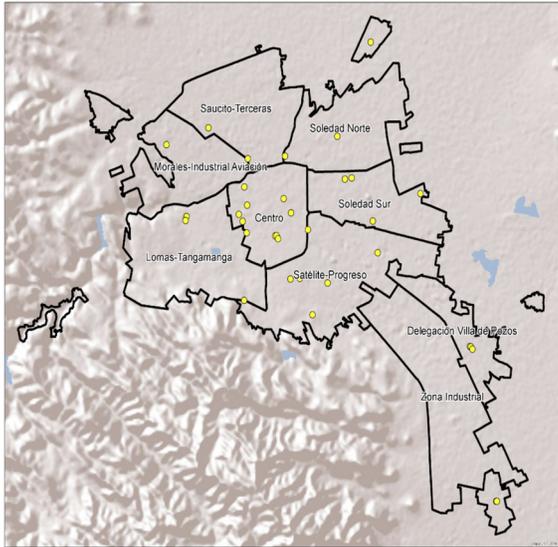
CUADRO 15
OFERTA DE CUIDADOS PARA EL GRUPO VULNERABLE DE 60 AÑOS Y MÁS

Sector público	1	Asilos y otras residencias del sector público para el cuidado de personas adultas mayores
	2	Centros del sector público dedicados a la atención y al cuidado diurno de personas adultas mayores y personas con discapacidad
	3	Hospitales generales del sector público
Sector privado	1	Asilos y otras residencias del sector privado para el cuidado de personas adultas mayores
	2	Centros del sector privado dedicados a la atención y al cuidado diurno de personas adultas mayores y personas con discapacidad
	3	Hospitales del sector privado de otras especialidades médicas
	4	Hospitales generales del sector privado
	5	Hospitales psiquiátricos y para el tratamiento por adicción del sector privado

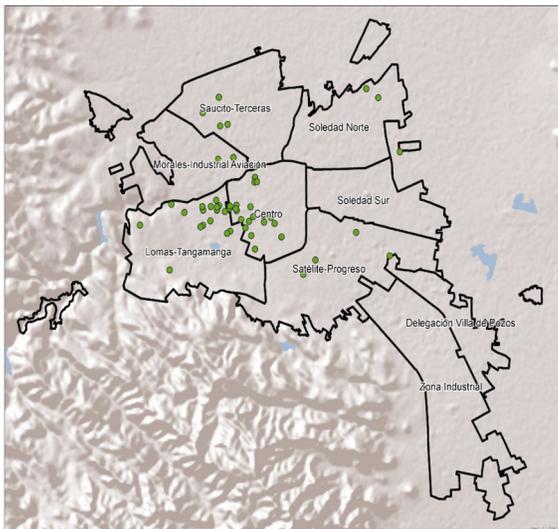
Fuente: elaboración propia con base en el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas del INEGI. <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denue/default.aspx>

MAPA 4

NODOS DE OFERTA DE CUIDADOS DEL GRUPO VULNERABLE DE 60 AÑOS Y MÁS EN 2017



Fuente: elaboración propia con datos del Directorio de Unidades Económicas, INEGI, 2017. <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denu/default.aspx>



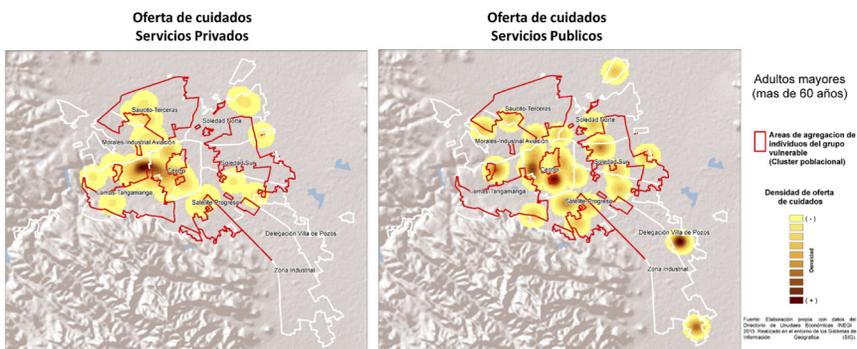
Fuente: elaboración propia con datos del Directorio de Unidades Económicas, INEGI, 2017. <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denu/default.aspx>

los sectores público y privado. No obstante, cabe señalar que densidades medias de atención de servicios sí se ubican en los clústeres de la población de interés (véase el mapa 5).

En el caso del grupo vulnerable de 60 años y más, existen cinco clúster distribuidos hacia los cuatro puntos cardinales (norte, sur, este y oeste), así como un grupo en la porción central de la zona conurbada San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez, lo que evidencia una representación centro-periferia con densidades bajas al centro y altas en la periferia, reflejadas mediante el método de densidad por Hotspot o mapa de calor (definido por el método de bordes de contigüidad) y representado por bordes en tonalidades rojas en la figura 6. Sin embargo, la densidad de oferta de cuidados para este grupo presentó dos comportamientos: en el caso de la oferta de cuidados del sector público, hay agrupamientos en la región centro, delegación Villa de Pozos, y de menor densidad en Soledad norte y Satélite-Progreso; por otro lado, la oferta de servicios tiene una mayor densidad entre las regiones Centro y Lomas-Tangamanga. Ambos se representan en el mapa de densidad en tonalidades de crema a marrón oscuro en el mapa 6.

MAPA 6

MODELO CARTOGRÁFICO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS EN CUANTO A LA OFERTA DE CUIDADOS DEL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO



Fuente: elaboración propia con datos del Directorio de Unidades Económicas, INEGI, 2017. <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denue/default.aspx>

Algunas reflexiones derivadas del geoposicionamiento de oferta y demanda de cuidados

El cálculo de las densidades de los grupos vulnerables (población infantil de 0 a 4 años y personas adultas mayores de 60 años) evidencia las áreas o territorios donde son más numerosos los grupos de población estudiada, lo que, desde luego, puede fortalecer o direccionar la implementación de acciones o estrategias en beneficio de ambos grupos. En general, se identifica un patrón centro-periferia, lo cual hace referencia a una división de ciertos sistemas económicos y políticos, que alude a la desigualdad social en la zona conurbada San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez. Ello permite hacer visibles las desigualdades sociales en el territorio de estudio, reflejadas en la distribución espacial de los grupos vulnerables estudiados.

Acercas de la oferta de cuidados a grupos vulnerables, se puede apreciar que para el grupo de 0 a 4 años existe casi una relación 2 a 1 de sitios o nodos de atención pública frente a la privada. Además, es mucho más alta la oferta de servicios para la población de 0 a 4 años que para personas de 60 años y más, lo cual se refleja en un 722 por ciento más de nodos o sitios que ofrecen cuidados para niñas y niños menores de 4 años que para personas de 60 años y más. Cabe señalar que, en ambos casos, se percibe un clúster o agrupamiento de nodos o sitios entre las regiones Lomas-Tangamanga y Centro en la zona conurbada San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez.

Es importante puntualizar que en esos sitios de cuidados se encuentran las cuidadoras formales. Así, es posible ubicar en los nodos señalados a las mujeres que brindan los cuidados en las instituciones públicas y privadas.

LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS Y LA CONDICIÓN DE LAS CUIDADORAS

La mayoría de las mujeres que cuidan asumen –derivado de su condición de género– el desempeño de una doble jornada laboral, en la cual combinan el trabajo de cuidados con el trabajo remunerado, lo que afecta negativamente y a corto plazo tanto su salud como sus trayectorias profesionales y vitales. Esto se complejiza aún más en determinados contextos, por ejemplo, en los rurales, donde las abuelas han ocupado el principal rol de cuidadoras de las niñas y los niños, incluso cuando, por su edad y desgaste, son ellas quienes deberían ser las receptoras del cuidado, y no realizar el demandante trabajo de cuidadoras. No obstante, la crianza y el cuidado de miles de niños y niñas mexicanas han sido tradicionalmente responsabilidades asumidas por las mujeres de la tercera edad, que no perciben salario o beneficio social alguno por hacerlo, ni, en la mayoría de los casos, una pensión. Asimismo, se desconoce ampliamente la condición de las mujeres cuidadoras indígenas, que afrontan condiciones de aislamiento, pobreza y otras vulnerabilidades.

Los estudios sobre el trabajo de cuidados hacen referencia al tiempo que la persona cuidadora dedica al cuidado de otra persona, en forma transitoria o definitiva; presta los apoyos necesarios para satisfacer necesidades básicas de la vida diaria. Estas actividades suelen ser complicadas y difíciles porque, en la mayoría de los casos, la persona cuidadora antepone las necesidades de la persona que cuida a las propias necesidades personales y familiares.

Al hablar del cuidado profesional se acepta que no es cualquier trabajo, se advierte una arista diferente y se reconoce que este tipo particular de cuidado implica la existencia de una relación y un objetivo que van más allá de atender la enfermedad; “cuidar es una práctica interpersonal que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de las personas”.

El cuidado profesional, aun en toda esta complejidad, ha sido asociado, desde sus inicios, con la “naturaleza del ser mujer”, toda vez que, en el pensamiento colectivo, las tareas de crianza, alimentación, higiene y la asistencia durante la infancia, la ancianidad, la enfermedad o la discapacidad se considera rebatible por los “instintos propios de las mujeres”.

El peso que ha tenido la construcción sociocultural del género en la evolución del cuidado formal es innegable. De allí viene, sin duda, el origen de la subvaloración profesional de la enfermería. Si bien el cuidado formal ha logrado posicionarse como una profesión dentro de las universidades en todo el mundo, el reconocimiento social y, en consecuencia, el económico enfrentan aún retos importantes. La enfermería surgió como una carrera feminizada; era una de las pocas posibilidades de que las mujeres salieran a trabajar fuera de sus hogares, pues el cuidado de las otras y los otros no se contemplaba transgresor, en el sentido que se asumía como parte de la “naturaleza femenina”.

El cuidado (que realizan las enfermeras), a diferencia de la atención de la enfermedad (que realiza el personal médico), demanda la existencia de un vínculo humano que no puede ser suplido por la tecnología, implica una relación dialógica a través de un encuentro humanizador, que tiene que ocurrir así porque en el cuidado es necesario para despertar la conciencia del otro. Esto es lo que demanda una gran cantidad de tiempo y energía para quienes cuidan, pero no solo eso, sino también es lo que exige ser formado para desarrollar las competencias técnicas y humanas para estar en condiciones de asumir el cuidado de alguien más o, en el mejor de los casos, de apoyarle para continuar siendo funcional.¹

El cuidado profesional, por otra parte, es una práctica situada que se adapta y responde a las condiciones sociales, económicas, políticas e históricas de los diferentes contextos. Las demandas de cuidado no son estáticas, tampoco lo es la oferta del cuidado ni la caracterización de la formación de los recursos humanos para el cuidado formal. Esto es lo que hace pertinente diagnosticar con regularidad la postura del Estado y de la sociedad en materia de cuidado. No llevar un registro

¹ F. Báez-Hernández, V. Nava-Navarro, L. Ramos-Cedeño y O. Medina-López, El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería, *Revista Aquichán*, vol. 9, núm. 2, 2009. file:///Users/dra.yesicarangel/Downloads/Dialnet-ElSignificad oDeCuidadoEnLaPracticaProfesionalDeEnf-3125084%20(1).pdf

de las reconfiguraciones que acontecen en esta materia deriva en lo que justo ahora nos toca presenciar: la existencia de una crisis de cuidados, entendida esta como un “complejo proceso de desestabilización de un modelo previo de reparto de responsabilidades sobre los cuidados y la sostenibilidad de la vida, que conlleva una redistribución de las mismas y una reorganización de los trabajos de cuidados”.²

Las cuidadoras de personas adultas mayores desempeñan una labor bajo un esquema de cuidados que es poco considerado en el ámbito público como insumo de hechura de política pública. Las estadísticas sobre cuidadoras y el porcentaje de población en vejez son datos importantes de examinar, así como las condiciones de vida y la diferenciación por zonas (rural y urbana).

Para reposicionar a las personas que ejercen el cuidado informal en el plano del reconocimiento social y económico, así como a quienes se forman y ejercen el cuidado formal, se requiere saber dónde se está posicionado. En este sentido es que el objetivo del presente estudio es diagnosticar la situación que viven las cuidadoras formales e informales en el estado de San Luis Potosí, con el fin de documentar de qué forma el Estado está respondiendo a una serie de cambios demográficos y epidemiológicos que desde hace décadas se habían proyectado y que se ven materializados en el crecimiento acelerado de un grupo poblacional en situación de discapacidad derivada, en el mejor de los casos, de procesos de envejecimiento fisiológicos y previsibles y, en el peor de los escenarios, asociada a la trayectoria fatal de enfermedades crónicas que terminan en enfermedad renal, ceguera, amputación o enfermedades cerebrovasculares, que dejan en situación de dependencia parcial o absoluta a personas en edad productiva y con responsabilidades aún para participar en el cuidado de otras y otros.

Respecto a los cuidados de las personas adultas mayores, es importante considerar los cuidados que se brindan en el hogar o en casas especiales de cuidado, subrogando el cuidado a lo público o lo privado. Es necesario estudiar la oferta y las características de las estancias de cuidado para personas adultas mayores, así como de los servicios de

² A. Pérez-Orozco, Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico, *Revista de Economía Crítica*, núm. 5, marzo, 2006, pp. 7-37. http://observatoridesc.org/sites/default/files/1_amenaza_tormenta.pdf

cuidados a domicilio y el perfil de las personas cuidadoras. En el caso de las cuidadoras no remuneradas, conocer quiénes son, en qué contexto se llevan a cabo los cuidados, sus necesidades y las dificultades que afrontan. Además del análisis cualitativo, son importantes los datos cuantitativos para determinar el porcentaje de población que se atiende por cuidados, las características de esta, a fin de, asimismo, puntualizar las acciones que se deben de realizar en su beneficio.

A continuación, se mostrarán los resultados de los cuestionarios aplicados en línea a las cuidadoras formales y no formales. Para comprender mejor las características de ambas poblaciones, los resultados de las dos poblaciones se presentarán de manera conjunta, por temáticas. En total, respondieron el cuestionario 264 cuidadoras formales y 184 cuidadoras no formales.

CONDICIÓN FAMILIAR, ETARIA, CONYUGALIDAD Y UBICACIÓN TERRITORIAL DE LAS CUIDADORAS

Condición etaria

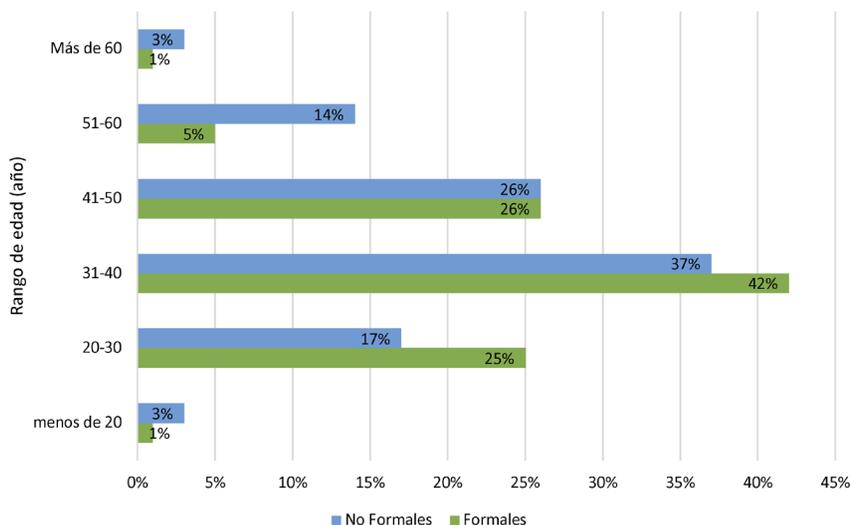
Es importante reconocer las características de las mujeres cuidadoras para comprender en quién recaen los servicios de cuidados. Las cuidadoras formales y no formales que respondieron el cuestionario tenían edades que fluctuaban entre los 17 y hasta los 61 años. En la gráfica 18 se muestra la prevalencia de las mujeres entre 31 y 40 años. En los extremos de la muestra predominan las cuidadoras no formales, es decir, ahí se localizan las más jóvenes y las mayores, lo cual es posible por la explotación de su trabajo de maneras no reguladas, lo cual no sucede con las trabajadoras formales.

Condición étnica

Llama la atención la presencia considerable de cuidadoras que pertenecen a etnias indígenas, lo que confirma su adscripción a poblaciones pobres y vulnerables. El 29 por ciento de las cuidadoras formales pertenece a una etnia; de las mujeres que reportaron pertenecer a una etnia, 51.8

GRÁFICA 18

RANGOS DE EDADES DE LAS CUIDADORAS FORMALES Y NO FORMALES QUE RESPONDIERON EL CUESTIONARIO



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales y no formales.

por ciento es de la etnia náhuatl, 34.9 por ciento de la etnia tének, seis por ciento de la etnia xi'úi y 7.2 por ciento de otra etnia. En el caso de las cuidadoras no formales, 21 por ciento pertenece a una etnia; 70 por ciento de ellas pertenecen a la etnia náhuatl, 17 por ciento a la tének, nueve por ciento a la etnia xi'úi y cuatro por ciento a otra etnia.

Ubicación territorial

Las cuidadoras formales que respondieron el cuestionario son de 35 municipios del estado de San Luis Potosí, y las cuidadoras no formales fueron de 21 municipios. La mayoría de las cuidadoras habita en los municipios de San Luis Potosí, Tamazunchale y Soledad de Graciano Sánchez, como se muestra en el cuadro 16.

CUADRO 16
MUNICIPIOS EN LOS QUE VIVEN LAS MUJERES CUIDADORAS FORMALES
Y NO FORMALES PARTICIPANTES

Municipio en el que vive	Porcentaje de cuidadoras formales	Porcentaje de cuidadoras no formales
Ahualulco	0.4%	0.5%
Aquismón	0.8%	0%
Axtla de Terrazas	1.1%	0.5%
Cárdenas	0%	0.5%
Cedral	0%	0.5%
Cerro de San Pedro	0%	1.1%
Ciudad del Maíz	0.8%	0%
Ciudad Fernández	4.5%	3.8%
Ciudad Valles	0.4%	0.5%
Coxcatlán	0.4%	0%
Ébano	0.4%	0%
El Naranjo	0.4%	0%
Huehuetlán	1.5%	2.7%
Lagunillas	0.4%	0%
Matehuala	4.5%	4.3%
Matlapa	1.9%	0%
Mexquitic de Carmona	1.1%	1.1%
Moctezuma	0.4%	0%
Rayón	1.5%	0%
Rioverde	9.8%	7.1%
Salinas	0.4%	0.5%

CUADRO 16
MUNICIPIOS EN LOS QUE VIVEN LAS MUJERES CUIDADORAS FORMALES

Y NO FORMALES PARTICIPANTES

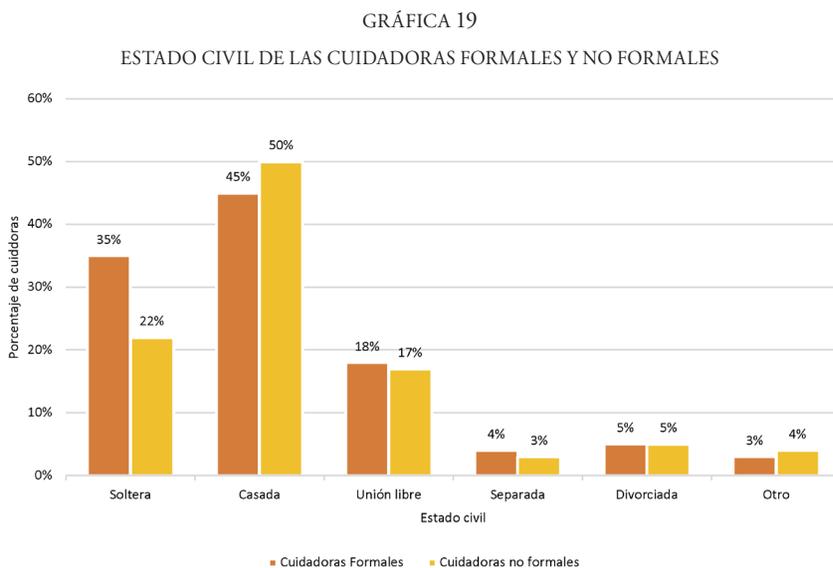
(continuación)

Municipio en el que vive	Porcentaje de cuidadoras formales	Porcentaje de cuidadoras no formales
San Antonio	0.4%	0.5%
San Luis Potosí	32.6%	46.7%
San Ciro de Acosta	0%	0.5%
San Martín Chalchicuátla	1.1%	0%
San Vicente Tancuayalab	0.4%	0.5%
Santa Catarina	0%	1.1%
Santa María del Río	0.4%	0%
Soledad de Graciano Sánchez	9.5%	7.1%
Tamasopo	0.4%	0%
Tamazunchale	14.0%	12.5%
Tampacán	1.9%	0.5%
Tampamolón Corona	0.8%	1.1%
Tamuín	0.4%	0%
Tancanhuitz de Santos	2.6%	0%
Tanlajás	0.4%	0%
Tanquián de Escobedo	2.3%	0%
Venado	0.4%	0%
Villa de Arriaga	0.4%	0%
Villa de Reyes	0.4%	0%
Xilitla	1.1%	0%

Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales y no formales.

Estado civil o conyugalidad

Respecto al estado civil, la mayoría de las cuidadoras formales y no formales reportaron ser casadas o solteras, como se representa en la gráfica 19.



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales y no formales.

Experiencia migratoria

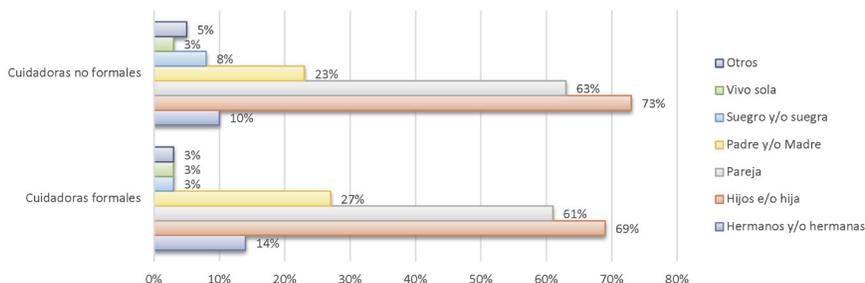
Al preguntarles si habían migrado, 30 por ciento de las cuidadoras formales respondió que sí, entre las principales razones están por trabajo y por falta de oportunidades en su ciudad. En el caso de las cuidadoras no formales, 27 por ciento migró principalmente por trabajo.

Condición familiar

Acerca de la condición familiar, la mayoría de las cuidadoras formales y no formales encuestadas viven con sus hijos e hijas, y también con sus parejas, como se muestra en la gráfica 20.

GRÁFICA 20

PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LAS CUIDADORAS FORMALES
Y NO FORMALES



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales y no formales.

Religión de las cuidadoras

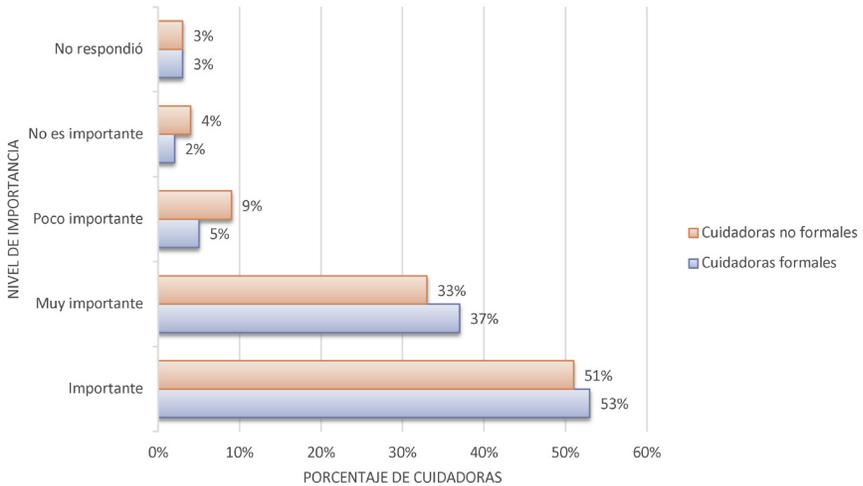
El 93 por ciento de las cuidadoras formales y el 87 por ciento de las cuidadoras no formales practican alguna religión. La religión católica es la principal religión que practican; en menor cantidad mencionaron practicar las religiones cristiana, evangélica, testigo de jehová y otras. En la gráfica 21 se puede observar que la religión es importante para más de la mitad de las cuidadoras formales y no formales.

Inserción en programas sociales de gobierno y utilidad de estos

En el cuestionario se les preguntó si recibían algún tipo de apoyo de un programa social de gobierno. Como se representa en la gráfica 22, el 24 por ciento de las cuidadoras formales respondió que sí recibe apoyo de un programa social. Entre los programas que mencionaron está el programa Pensión Universal para Personas Adultas Mayores, el Programa de Inclusión Social PROSPERA, el programa Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, el Programa de Abasto Social de Leche (LICONSA) y el Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia. El dinero del programa lo gastan principalmente en pago de servicios, así como en vestido y calzado.

GRÁFICA 21

NIVEL DE IMPORTANCIA DE LA RELIGIÓN QUE PRACTICAN
LAS CUIDADORAS FORMALES Y NO FORMALES



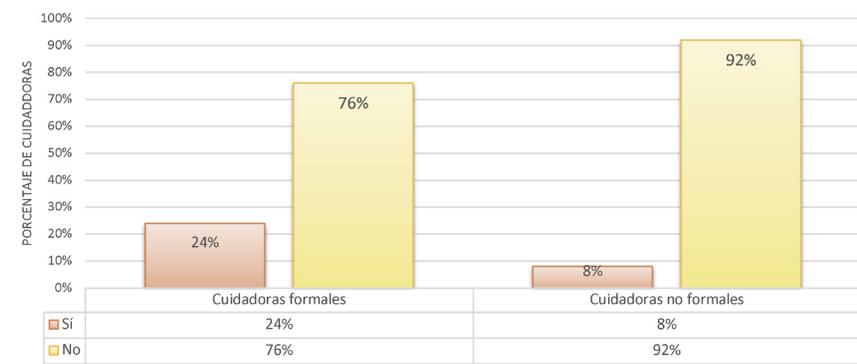
Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales y no formales.

Las cuidadoras no formales, por su parte, reflejan desconocimiento para el acceso a estos programas, pues solo ocho por ciento de las participantes recibe apoyo de un programa social de gobierno, y las que lo reciben es principalmente del Programa de Inclusión Social PROSPERA. Utilizan el dinero del programa principalmente para gastos de sobrevivencia, el pago de servicios (luz y agua), de vestido y calzado, de servicios médicos y medicamentos.

La alta cantidad de trabajadoras de cuidados formales que acceden a estos programas devalúa, asimismo, la precarización de este tipo de empleo; más alta aún en las no formales, que serían, incluso, las más desprotegidas por sus bajos ingresos y la carencia de prestaciones sociales.

GRÁFICA 22

CUIDADORAS FORMALES Y NO FORMALES QUE RECIBEN APOYO
DE ALGÚN PROGRAMA SOCIAL DE GOBIERNO



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales y no formales.

Opiniones sobre los programas sociales del gobierno

El 33 por ciento de las cuidadoras formales y el 38 por ciento de las cuidadoras no formales refieren que los programas sociales del gobierno actual benefician más que los programas de gobiernos anteriores. Al pedirles que especifiquen por qué los programas benefician más que los anteriores, mencionaron que se han creado más programas, son mejores, dan prioridad a las personas adultas mayores, impulsan a las y los jóvenes en los estudios, son de utilidad y ayuda, llegan de manera directa a las personas beneficiadas, toman en cuenta a todas las personas y su entrega se vuelve más puntual. Otras personas mencionaron algunos problemas detectados en los programas nuevos. En el cuadro 17 se mencionan todas las respuestas de las cuidadoras formales y no formales a la pregunta ¿por qué los programas actuales benefician más que los anteriores?

CUADRO 17
 RESPUESTAS DE LAS CUIDADORAS FORMALES Y NO FORMALES
 A LA PREGUNTA ¿POR QUÉ LOS ACTUALES PROGRAMAS BENEFICIAN
 MÁS QUE LOS ANTERIORES?

Por qué los programas actuales benefician más que los anteriores	Cuidadoras no formales	Cuidadoras formales
No pertenece a ningún programa y no ha recibido apoyo	42.9%	38.3%
Desconoce los programas	3.8%	8.0%
Son más y mejores	9.8%	10.2%
Han disminuido o se quitaron programas y apoyos	6.0%	11.0%
Son los mismos	3.3%	2.7%
Cambiaron los programas	0%	1.5%
Existe prioridad para las personas adultas mayores	0%	3.4%
No son equitativos	5.4%	5.7%
Porque impulsan a niños, niñas y jóvenes con los estudios	1.1%	3.4%
Son de utilidad y ayuda	21.2%	7.6%
Es poco el apoyo económico	0%	3.0%
Llega directamente a las personas que son beneficiadas	0%	1.1%
Toman en cuenta a todas las personas	3.8%	1.9%
No sabemos cómo solicitarlos o los solicitan y no los otorgan	0%	0.7%
Las personas se vuelven dependientes de esos apoyos	0.5%	0.4%
Su entrega es más puntual	1.1%	0.4%
No llegan regularmente	0.5%	0%
Se suspendieron por la contingencia	0.5%	0%
Depende del uso que le dan las personas beneficiarias	0%	0.7%

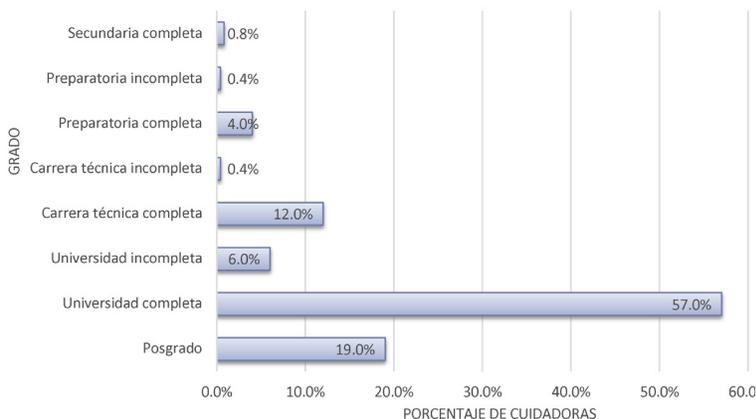
Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales y no formales.

CARACTERÍSTICAS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LAS CUIDADORAS

Si bien se vio la necesidad económica de las cuidadoras de contar con apoyos de programas sociales, en el estudio se detectó un alto nivel educativo de estas, datos que fortalecen la evidencia del abismo entre la formación

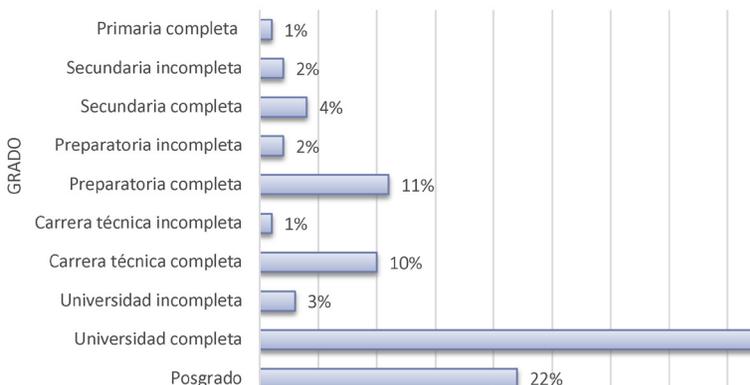
y el reconocimiento económico y social. La gráfica 23 da cuenta de que más de la mitad de las mujeres cuidadoras formales que respondieron el cuestionario terminó la universidad y 19 por ciento cuenta con un posgrado. En la gráfica 24 se observa, con una diferencia mínima, que también la mayoría de las cuidadoras no formales terminó la universidad y cuenta, incluso, con más posgrados que las cuidadoras formales.

GRÁFICA 23
GRADO DE ESTUDIOS DE LAS CUIDADORAS FORMALES



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales.

GRÁFICA 24
GRADO DE ESTUDIOS DE LAS CUIDADORAS NO FORMALES



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras no formales.

En el cuadro 18 se menciona el último grado de estudios de las cuidadoras formales; es notorio que la mayoría terminó una licenciatura en el área de la salud o en el área de educación. En el cuadro 19 se enlistan las instituciones en las que concluyeron su último grado de estudios.

CUADRO 18
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS DE LAS CUIDADORAS FORMALES

Último grado de estudios	Cantidad	Porcentaje
Doctorado en educación	2	0.8%
Maestría en áreas de la salud o educación	27	10.2%
Maestría en otras áreas o sin especificar	9	3.4%
Especialidad en áreas de la salud	4	1.5%
Especialidad sin especificar	1	0.4%
Licenciatura en áreas de salud o educación	116	43.9%
Licenciatura en otras áreas o sin especificar	10	3.8%
Ingeniería	6	2.3%
Carrera técnica o auxiliar en áreas de la salud o educación	4	1.5%
Carrera técnica o auxiliar en otras áreas	3	1.1%
Indeterminado o no respondió	82	31.1%

Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales.

CUADRO 19
INSTITUCIÓN EN LA QUE ESTUDIARON EL ÚLTIMO GRADO
DE ESTUDIOS LAS CUIDADORAS FORMALES

Nombre de la escuela donde cursó el último nivel de estudio	Cantidad	Porcentaje
Centro de Bachilleratos Tecnológicos, Industrial y de Servicios (CBTIS)	5	1.9%
Centro de Desarrollo Humano	2	0.8%
Centro de Estudios Tecnológicos, Industrial y de Servicios (CETIS)	2	0.8%
Centro de Investigación para la Administración Educativa (CINADE)	6	2.3%
Centro Regional de Educación Normal	4	1.5%
Colegio de Bachilleres (COBACH)	3	1.1%

CUADRO 19
 INSTITUCIÓN EN LA QUE ESTUDIARON EL ÚLTIMO GRADO
 DE ESTUDIOS LAS CUIDADORAS FORMALES

(continuación)

Nombre de la escuela donde cursó el último nivel de estudio	Cantidad	Porcentaje
Colegio de Educadoras (UTEA)	6	2.3%
Colegio Minerva	8	3.0%
Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP)	1	0.4%
Colegio San Luis Rey de Francia	1	0.4%
Curso en Hospital Central	1	0.4%
Escuela de Artes y Oficios Los Infante	1	0.4%
Escuela Normal	35	13.2%
Escuela Normal Experimental Normalismo Mexicano	2	0.8%
Escuela Normal Particular Gabriela Aguirre	1	0.4%
Escuela Normal Particular Gabriela Mistral	4	1.5%
Escuela Normal Particular México	8	3.0%
Escuela Normal Superior del Magisterio Potosino (ENESMAPO)	4	1.5%
Escuela Secundaria Técnica	4	1.5%
Instituto Atenea	3	1.1%
Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas	3	1.1%
Instituto Estatal de Investigación y Posgrado de Educación (IEIPE)	4	1.5%
Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt de Querétaro	1	0.4%
Instituto Julio Verne	1	0.4%
Instituto Mexicano	5	1.9%
Instituto Sor Juana Inés de la Cruz	1	0.4%
Instituto Tecnológico de San Luis Potosí	1	0.4%
Instituto Tecnológico Superior de Tamazunchale	3	1.1%
Instituto Veracruzano de las Mujeres (IVM)	3	1.1%
Instituto Politécnico Nacional (IPN)	1	0.4%
Preparatoria abierta	1	0.4%
Preparatoria	2	0.8%
Proyección Educativa	1	0.4%
Tec Milenio	1	0.4%

CUADRO 19
INSTITUCIÓN EN LA QUE ESTUDIARON EL ÚLTIMO GRADO
DE ESTUDIOS LAS CUIDADORAS FORMALES

(continuación)

Nombre de la escuela donde cursó el último nivel de estudio	Cantidad	Porcentaje
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)	2	0.8%
Universidad Autónoma de Tamaulipas	1	0.4%
Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP)	32	12.1%
Universidad Autónoma y de Estudios Abiertos	1	0.4%
Universidad de Guanajuato	1	0.4%
Universidad de Matehuala	2	0.8%
Universidad de Tamazunchale	1	0.4%
Universidad del Golfo	4	1.5%
Universidad del Noreste	1	0.4%
Universidad Interamericana para el Desarrollo (UNID)	4	1.5%
Universidad Intercultural	4	1.5%
Universidad José Vasconcelos	2	0.8%
Universidad Justo Sierra	1	0.4%
Universidad Marista	2	0.8%
Universidad Pedagógica Nacional (UPN)	45	17.0%
Universidad Politécnica de San Luis Potosí	2	0.8%
Universidad Santander	5	1.9%
Universidad Tangamanga	16	6.1%
Universidad YMCA	1	0.4%
Sin especificar	8	3.0%

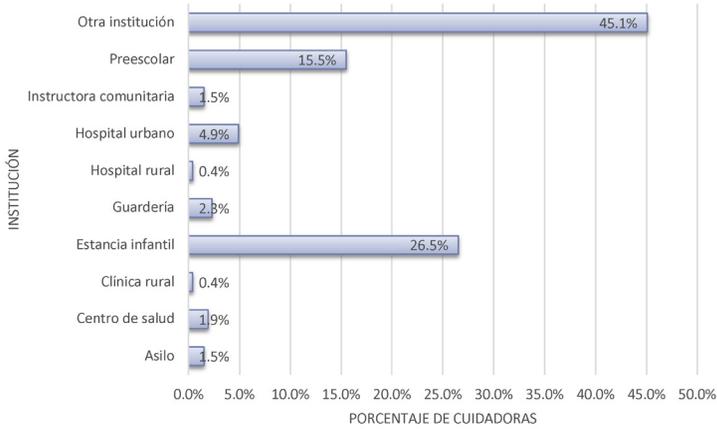
Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales.

CARACTERÍSTICAS DE LA INSERCIÓN AL TRABAJO DE CUIDADO FORMAL Y CONDICIONES LABORALES

El 73 por ciento de las cuidadoras formales trabaja en el sector público. Como lo muestra la gráfica 25, el 26.5 por ciento trabaja en una estancia infantil, 15.5 por ciento en algún preescolar, 4.9 por ciento en un hospital urbano, 45.1 por ciento en otra institución, y en menores proporciones, en hospitales rurales, guarderías, clínicas rurales, instructora comunitaria, centros de salud y asilos.

GRÁFICA 25

INSTITUCIONES EN LAS QUE TRABAJAN LAS CUIDADORAS FORMALES

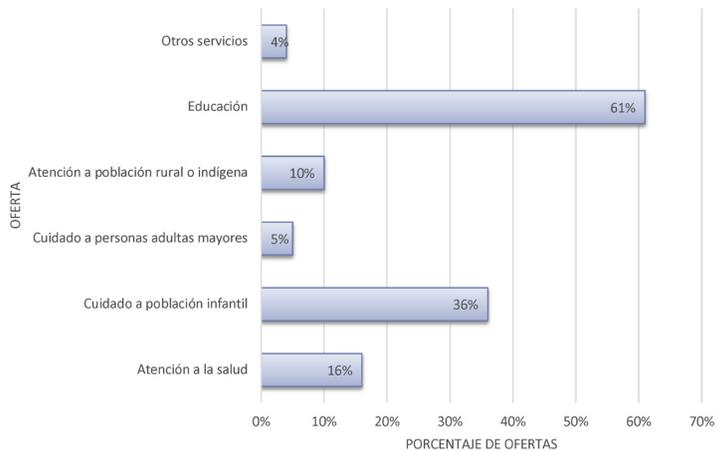


Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales.

Respecto al tipo de oferta de las instituciones en las que trabajan, la mayoría mencionó que estas ofrecen educación, enfocada a población infantil, y atención de la salud (véase la gráfica 26).

GRÁFICA 26

TIPO DE OFERTA DE LA INSTITUCIÓN DONDE TRABAJAN LAS CUIDADORAS FORMALES



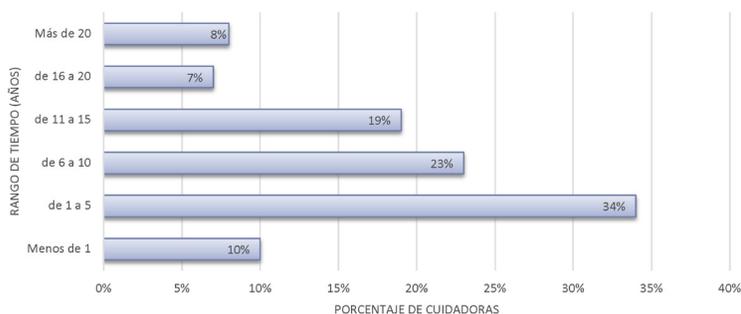
Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales

Antigüedad en el trabajo formal

Respecto al tiempo que llevan trabajando en la institución, la gráfica 27 hace evidente que la mayoría de las cuidadoras lleva trabajando de uno a cinco años. El 63 por ciento tiene un contrato por tiempo indeterminado o definitivo; 12 por ciento, un contrato por obra y tiempo determinado; dos por ciento, un contrato por trabajo temporal; dos por ciento, por periodo de prueba, y 21 por ciento tiene otro tipo de contrato.

GRÁFICA 27

TIEMPO QUE LLEVAN TRABAJANDO LAS CUIDADORAS FORMALES EN LA INSTITUCIÓN



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales.

Prestaciones

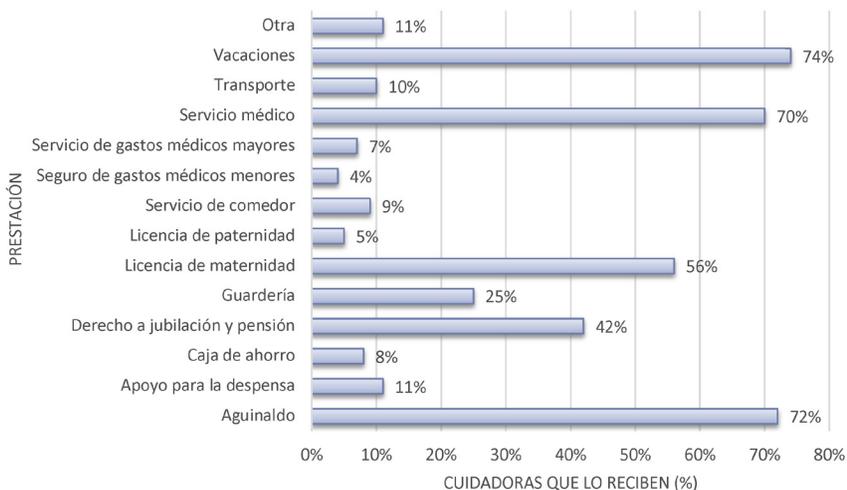
Como se muestra en la gráfica 28, que informa sobre las prestaciones que tienen en las instituciones en las que laboran, principalmente cuentan con vacaciones, aguinaldo, servicio médico, licencia de maternidad, jubilación y pensión.

Poblaciones que atienden

Respecto a la población que atienden, 63 por ciento trabaja con población de 6 a 18 años; 36 por ciento, con niños y niñas de 1 a 5 años; 23 por ciento, con menores de un año, y el resto, con otras poblaciones (véase la gráfica 29). Esto tiene que ver con el mayor éxito de la encuesta entre las redes de trabajadoras de los sectores educativos y de salud.

GRÁFICA 28

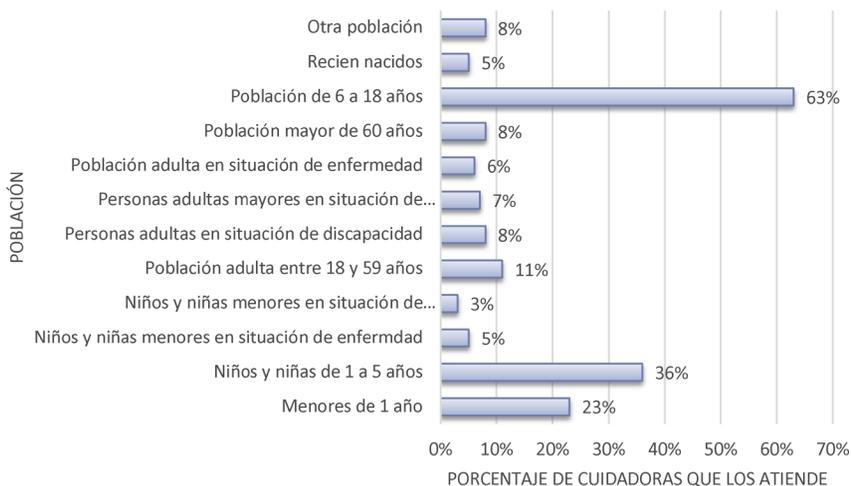
TIPO DE PRESTACIÓN CON LA QUE CUENTAN LAS CUIDADORAS FORMALES



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales.

GRÁFICA 29

TIPO DE POBLACIÓN QUE ATIENDEN LAS CUIDADORAS FORMALES

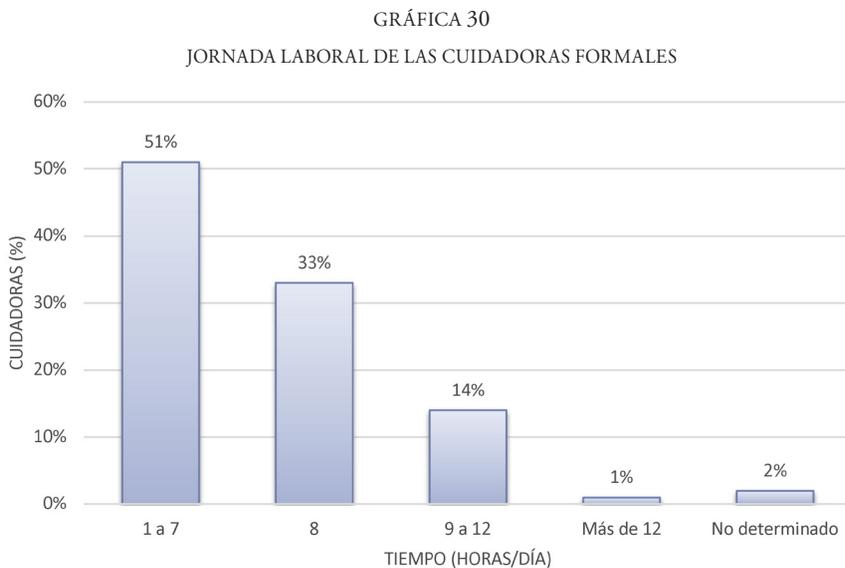


Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales.

El 83 por ciento de las cuidadoras formales considera que su trabajo tiene mucha relación con lo que estudió, y para 71 por ciento de ellas su trabajo cumple en gran medida con sus expectativas. El 63 por ciento de las cuidadoras formales refiere que su carga de trabajo siempre corresponde con su puesto y 32 por ciento afirma que casi siempre corresponde. Respecto a la capacitación, a 86 por ciento se le brinda en su trabajo.

Horarios de trabajo

Al preguntarles sobre el horario de la jornada laboral, para más de la mitad de las cuidadoras formales es de una a siete horas, como se puede observar en la gráfica 30.

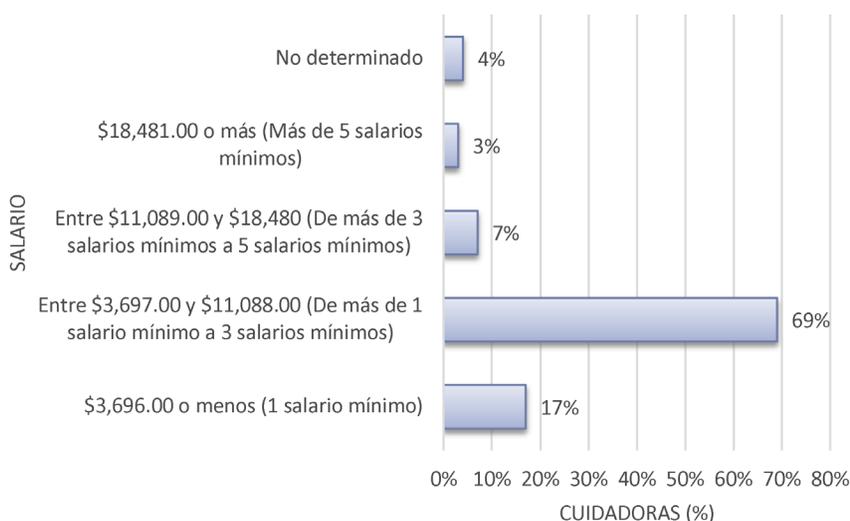


Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales.

Condiciones salariales

En lo relativo al salario mensual, como se constata en la gráfica 31, la mayoría de las cuidadoras recibe mensualmente entre uno y tres salarios mínimos (entre \$3 697.00 y \$11 088.00); 17 por ciento, menos de un salario mínimo, y una proporción menor, más de tres salarios mínimos. En el caso de las trabajadoras no formales que realizan labores de cuidado de personas que no son sus familiares y por ello reciben un pago, la percepción diaria de la mayoría es menor a 100 pesos, y la máxima es de 200 pesos, lo cual es un salario mínimo o menos del salario mínimo.

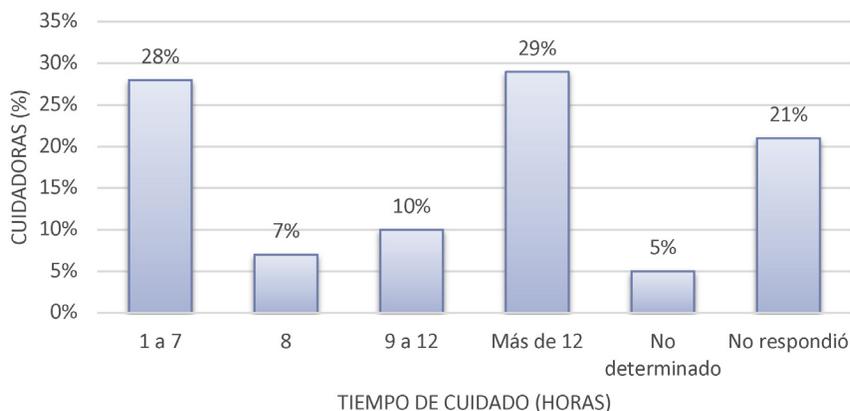
GRÁFICA 31
SALARIO MENSUAL DE LAS CUIDADORAS FORMALES



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales.

Al preguntarles cuánto tiempo dedican diario a las labores de cuidado, 29 por ciento respondió que más de 12 horas y 28 por ciento dijo que entre una y siete horas (véase la gráfica 32).

GRÁFICA 32
 TIEMPO DEDICADO POR LAS CUIDADORAS FORMALES A LABORES DE
 CUIDADO



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADOS

Tiempo y alcance dedicado al cuidado

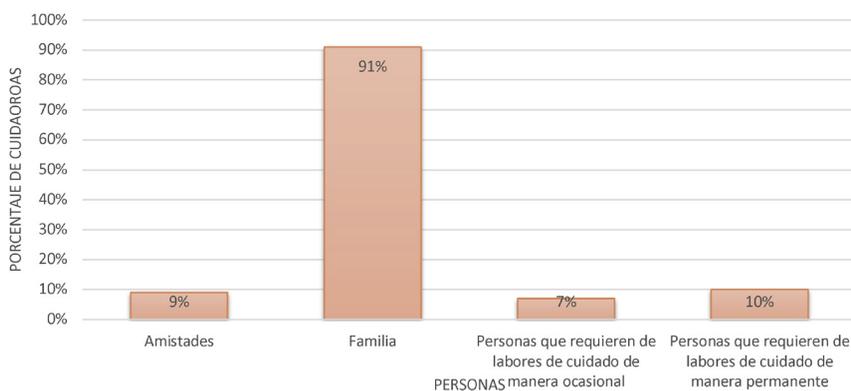
En este apartado se analiza el número de personas y de horas dedicado al cuidado de familiares o de personas conocidas por parte de las cuidadoras formales y no formales, el tipo de actividades que realizan, las características de las personas que cuidan, y se especifica si reciben algún tipo de apoyo gubernamental. Además, se da a conocer sus opiniones respecto a estos programas. En el caso de las cuidadoras formales, estos cuidados los brindan fuera de su horario laboral y por ello no reciben sueldo.

La mayoría de las cuidadoras no formales lleva a cabo labores de cuidado principalmente con sus familiares, como se observa en la gráfica 33. El 78 por ciento de las cuidadoras formales realiza labores de cuidado en su casa.

Acercas de las personas que cuidan en sus familias, las cuidadoras no formales y formales respondieron principalmente a hijos e hijas, en menor proporción a su madre, otro familiar, su padre, su pareja u otra persona, como se puede ver en la gráfica 34. Respecto al número de

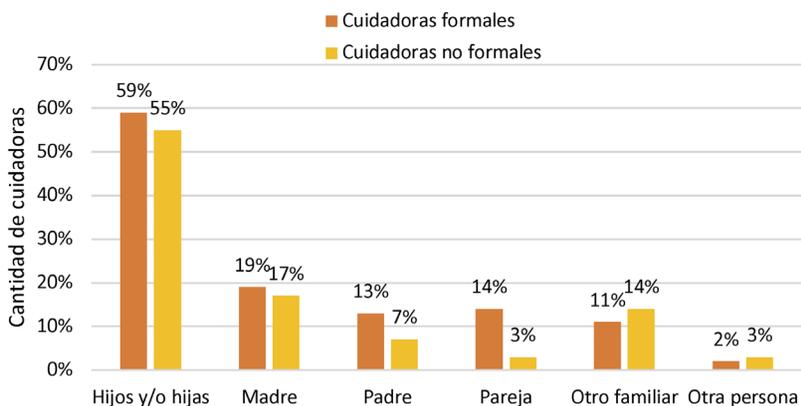
personas que cuidan, en el grupo de cuidadoras no formales, 45 por ciento respondió que una persona; 30 por ciento, dos; 23 por ciento, más de dos personas, y el dos por ciento no lo especificó.

GRÁFICA 33
PERSONAS CON LAS QUE REALIZAN LABORES DE CUIDADO
LAS CUIDADORAS NO FORMALES



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras no formales.

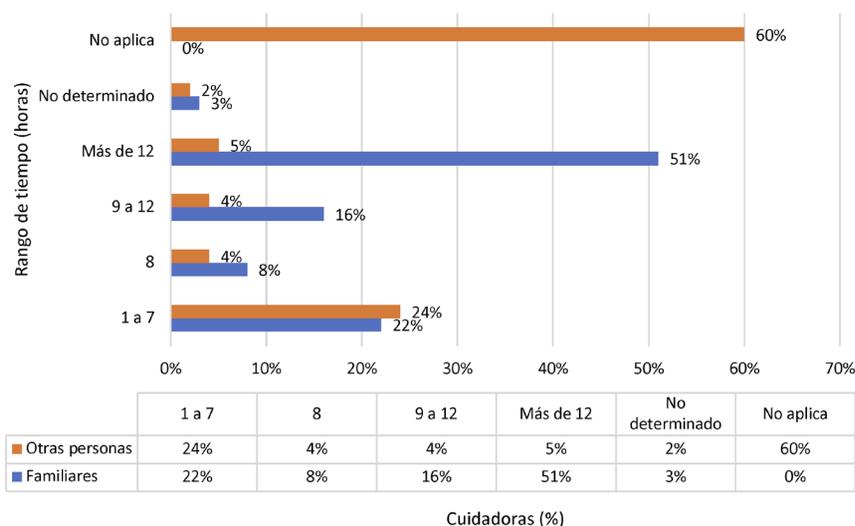
GRÁFICA 34
PERSONAS QUE CUIDAN EN SU FAMILIA LAS CUIDADORAS FORMALES Y NO FORMALES



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales y no formales.

En cuanto al tiempo que las cuidadoras no formales dedican a las labores de cuidado, como se representa en la gráfica 35, más de la mitad respondió que los realizan por más de 12 horas al día con sus familiares y con otras personas principalmente entre una y siete horas.

GRÁFICA 35
TIEMPO DIARIO QUE LAS CUIDADORAS NO FORMALES DEDICAN A LABORES DE CUIDADO



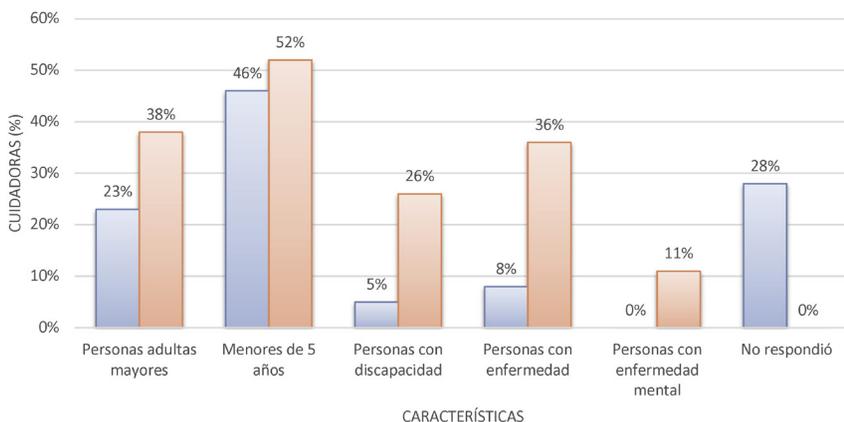
Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras no formales.

Características de las personas que reciben los cuidados

En lo relativo a las características de las personas que cuidan, como se observa en la gráfica 36, las cuidadoras formales y no formales cuidan principalmente a niños y niñas de primera infancia y personas adultas mayores. Cabe destacar, no obstante, que las cuidadoras no formales cuidan en mayor proporción a personas con alguna enfermedad, con alguna discapacidad y o con alguna enfermedad mental. Acerca de cuidadoras formales que cuidan a personas con discapacidad, predominan, entre estas, las personas con alguna discapacidad motriz. Las principales

enfermedades padecidas por las personas que cuidan las cuidadoras no formales son la diabetes, la hipertensión y, entre las enfermedades mentales, la demencia y el Alzheimer.

GRÁFICA 36
 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN LAS CUIDADORAS
 FORMALES Y NO FORMALES



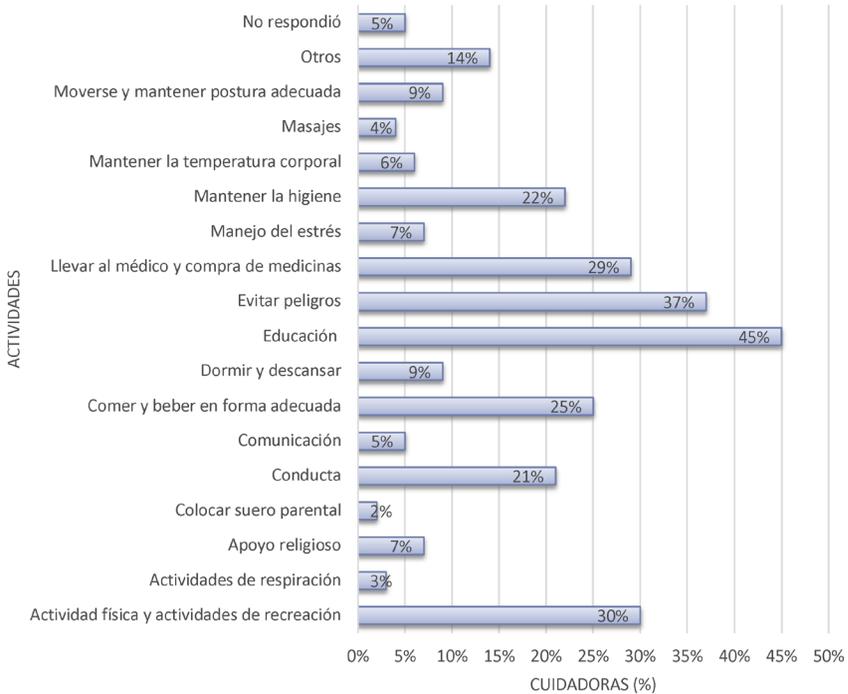
Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras no formales y no formales

Actividades de cuidado que realizan y tiempo que le dedican

Entre las principales actividades realizadas por las cuidadoras formales están la educación, la actividad física, la actividad recreativa, evitar peligros, llevar a consulta médica y comprar medicinas (véase la gráfica 37). Las principales actividades de las cuidadoras no formales son las mismas, más la de mantener la higiene, como puede representarse en la gráfica 38.

GRÁFICA 37

ACTIVIDADES DE CUIDADO QUE REALIZAN LAS CUIDADORAS FORMALES
CON LA PERSONA O PERSONAS QUE CUIDAN



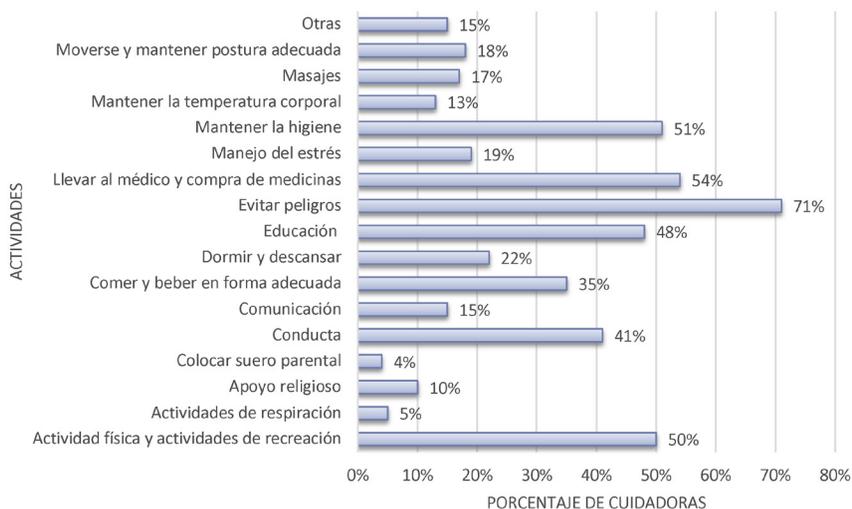
Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales.

Sobre las actividades que mencionaron, más de la mitad de las cuidadoras no formales acompaña a consulta médica a la persona que cuida. Las cuidadoras que realizan esta actividad, le dedican entre una y tres horas, brindan el acompañamiento en su propio automóvil y no reciben apoyo para los traslados de alguna persona. Todo ello indica que son las únicas responsables de brindar el acompañamiento, además de todos los cuidados a las personas que cuidan.

En cuanto a las horas dedicadas a las labores de cuidado a los propios familiares y a otras personas, las cuidadoras no formales dedican más de la mitad del día, mientras que las cuidadoras formales dividen su tiempo entre el trabajo y los cuidados a sus familiares. Por ello se les

GRÁFICA 38

ACTIVIDADES DE CUIDADO QUE REALIZAN LAS CUIDADORAS NO
FORMALES A LAS PERSONAS QUE CUIDAN



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras no formales.

preguntó a ambas poblaciones si creen que necesitan cuidados de otras personas en estas labores.

Tipo de ayuda y demandas que señalan las cuidadoras

En ambos casos, más de la mitad de las cuidadoras considera que sí necesita apoyo en las labores de cuidado y apoyo económico. Referente al apoyo económico, son más las cuidadoras no formales que mencionaron que necesitan apoyo económico, debido a que el tiempo dedicado al cuidado les impide tener un trabajo formal.

El 55 por ciento de las cuidadoras no formales y 62 por ciento de las cuidadoras formales mencionaron que necesitan ayuda en las labores de cuidado. Las principales actividades en las que la necesitan, tanto las cuidadoras formales como las no formales, son para sacar a pasear o hacer compañía a la persona que cuidan, para bañarla, para alimentarla, para movilizarla y otros tipos de apoyo. El 52 por ciento de las

cuidadoras no formales y el 48 por ciento de las cuidadoras formales afirman que requieren apoyo económico por las labores de cuidado que realizan. Por este concepto, consideran necesario entre tres y cinco salarios mínimos por día (entre \$371.00 y \$616.00).

Tiempo y apoyos para asuntos personales de las cuidadoras

El 20 por ciento de las cuidadoras formales y el 22 por ciento de las cuidadoras no formales mencionaron que pueden dejar de realizar las labores de cuidado para atender asuntos personales. Quienes sí pueden atender asuntos personales reciben apoyo para la realización de las labores de cuidado principalmente de su madre, su pareja, su hermana, su hija o alguna persona a la que le pagan. Es notorio que las labores de cuidado son llevadas a cabo predominantemente por otras mujeres. El 33 por ciento de las cuidadoras formales y el 29 por ciento de las no formales han pagado a una persona para que efectúe las labores de cuidado que ellas hacen. La cantidad que han pagado, principalmente, oscila entre 100 y 200 pesos.

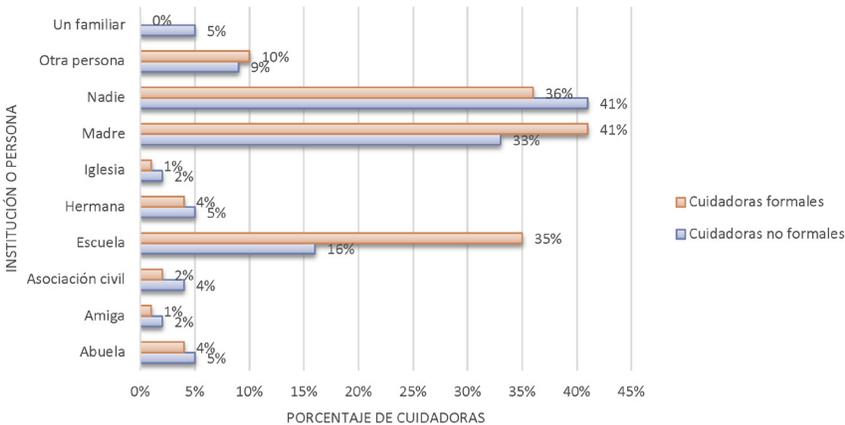
Otro de los puntos importantes investigado en ambas poblaciones fue si las personas que cuidan son beneficiarias de algún programa social de gobierno.

¿CÓMO APRENDIERON A DAR SERVICIOS DE CUIDADOS?

Al preguntarles quién las había enseñado a cuidar y a qué edad, la mayoría de las cuidadoras formales respondió que lo hizo su madre, en la escuela, y nadie. Las cuidadoras no formales refirieron que nadie o su madre (véase la gráfica 39). El 72 por ciento de las cuidadoras formales y el 73 por ciento de las cuidadoras no formales aprendieron a cuidar de los 18 años en adelante; el 18 por ciento de las cuidadoras formales y el 16 por ciento de las cuidadoras no formales respondieron que de los 12 a los 17 años; el tres por ciento de las cuidadoras formales y el ocho por ciento de las cuidadoras no formales, de 11 años o menos; el 27 por ciento de las cuidadoras formales y el tres por ciento de las no formales no lo especificaron. Estos resultados dejan ver que los saberes

de cuidado se adquieren no solo en las instituciones, sino también de formas horizontales y en las redes familiares. Esta flexibilidad de saberes debiera ser motivo de un análisis más profundo.

GRÁFICA 39
PERSONA O INSTITUCIÓN DONDE LAS CUIDADORAS FORMALES
Y NO FORMALES APRENDIERON A CUIDAR



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales y no formales.

EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS EN EL TRABAJO DE CUIDADO

Reconocimiento de la vinculación afectiva en el trabajo de cuidados

El 98 por ciento de las cuidadoras formales y 85 por ciento de las cuidadoras no formales consideran que existe una relación afectiva con las personas que cuidan. Para 92 por ciento de las cuidadoras no formales, el afecto hacia las personas que cuida sí contribuye a los cuidados. Al preguntarles por qué creen que influye, principalmente respondieron porque es su familiar, por el amor y el cariño que le tienen y por ayudar a la persona que cuidan (véase el cuadro 20).

CUADRO 20

CONTRIBUCIÓN DEL AFECTO EN LOS CUIDADOS PARA LAS CUIDADORAS NO FORMALES

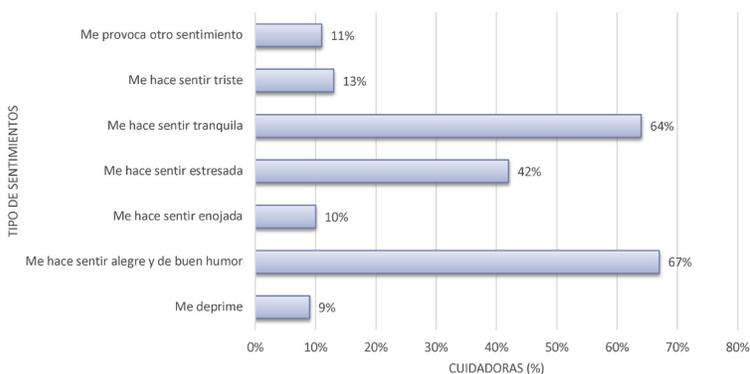
Por qué contribuye su afecto en los cuidados	Porcentaje
Porque es un familiar	51.6%
Por el amor y cariño que le tiene	26.1%
Por ser niños y niñas	6.0%
Porque le gusta y la hace sentir bien	6.5%
Porque lo considera importante	4.3%
Porque considera que lo hace mejor que si le pagara a alguien más	3.3%
Para ayudar a la persona que cuida	12.5%
Porque ayuda a otros familiares	1.1%
Porque lo hace con dedicación y paciencia	3.3%
Porque es su trabajo	1.6%
No especificó	4.9%

Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras no formales.

Al preguntarles a las cuidadoras no formales sobre los sentimientos que les provoca las labores de cuidado que realizan, la mayoría mencionó que las hace sentir tranquilas, alegres y de buen humor, como se observa en la gráfica 40.

GRÁFICA 40

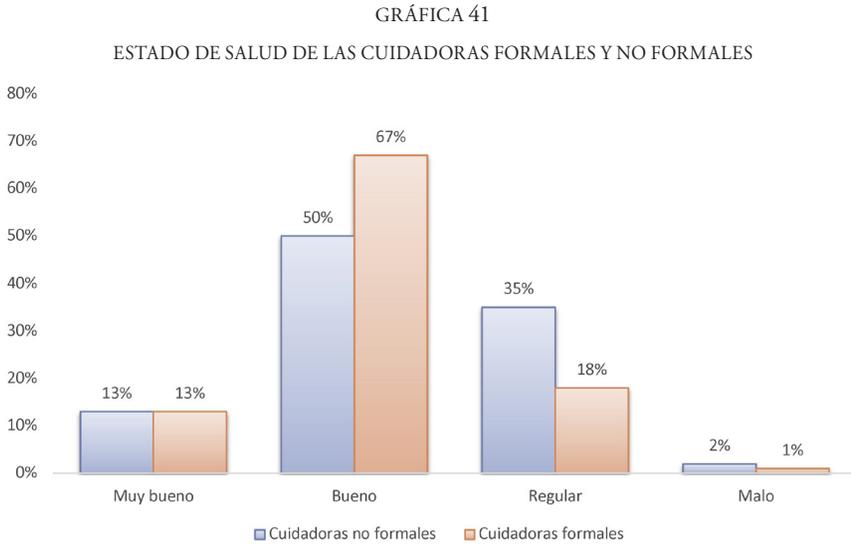
SENTIMIENTOS QUE LES PROVOCA A LAS CUIDADORAS NO FORMALES
LOS CUIDADOS QUE REALIZAN



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras no formales.

ESTADO DE SALUD DE LAS CUIDADORAS

En la última parte del cuestionario se les preguntó sobre su estado actual de salud. La gráfica 41 muestra que la mayoría de las cuidadoras formales y de las no formales consideran bueno su estado de salud.

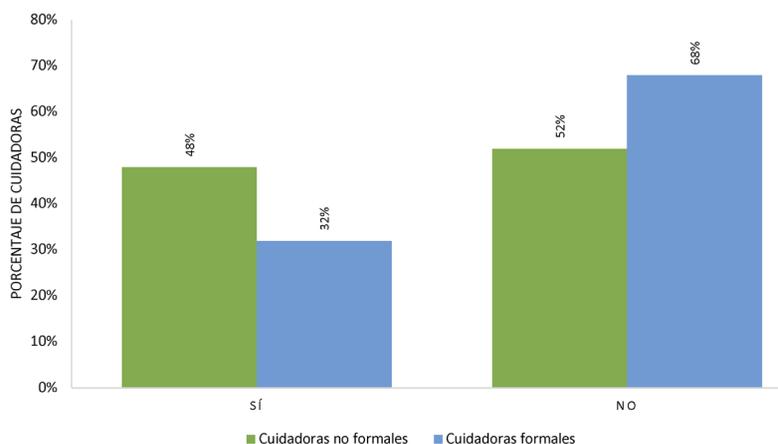


Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales y no formales.

Cuidadoras con alguna discapacidad

El 12 por ciento de las cuidadoras formales y el 10 por ciento de las cuidadoras no formales tienen una discapacidad; la principal es la discapacidad visual. Al preguntarles si padecían alguna enfermedad, 32 por ciento de las cuidadoras formales y 48 por ciento de las cuidadoras no formales respondieron que sí. Entre las principales enfermedades mencionadas están las alergias, la diabetes, la obesidad, la hipertensión y la ansiedad (véase la gráfica 42).

GRÁFICA 42
 CUIDADORAS QUE PADECEN ALGUNA ENFERMEDAD



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales y no formales.

Acceso a servicios de salud

El 61 por ciento de las cuidadoras formales y el 65 por ciento de las cuidadoras no formales reciben atención médica. Como lo constata la gráfica 43, las cuidadoras formales se atienden principalmente en el ISSSTE. En contraste, las cuidadoras no formales tienen que pagar una consulta privada para poder recibir atención médica, lo cual es preocupante, porque, además de no percibir un sueldo mensual, tienen que pagar para recibir atención médica.

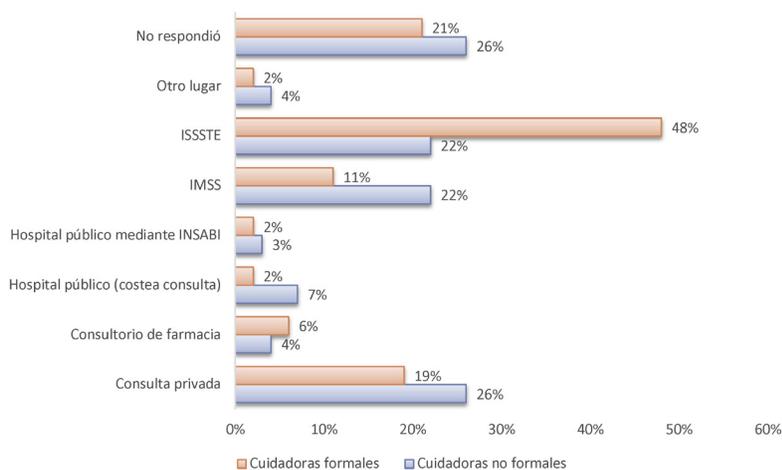
INTERESES DE LAS CUIDADORAS NO FORMALES

Cuidadoras que tienen dobles jornadas y otras actividades

A las cuidadoras no formales se les preguntó si realizan alguna otra actividad además de los cuidados. De acuerdo con la gráfica 44, más de la mitad tiene un empleo, en su mayoría formal. Quizá por ello pocas se atreven a pensar en hacer actividades deportivas o recreativas o seguir

GRÁFICA 43

LUGARES DONDE RECIBEN ATENCIÓN MÉDICA

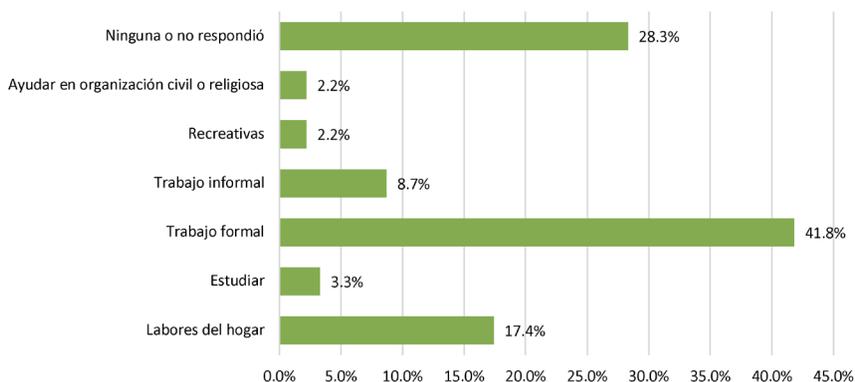


Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras formales y no formales.

estudiando, pues, como se puede apreciar, alternan trabajos formales e informales con los de cuidado y del hogar. La gran cantidad que no emitió una respuesta queda inscrita en este mismo círculo de trabajo y cuidados, en el que no hay más tiempo para ellas.

GRÁFICA 44

OTRAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS CUIDADORAS NO FORMALES



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras no formales.

Autonomía y tiempo para sí mismas

Al preguntarles cuál actividad les gustaría hacer si pudieran, solo 2.7 por ciento respondió que ninguna y 37.5 por ciento no respondió. Estas proporciones son de llamar la atención puesto que es probable que, como no tienen la opción de hacer alguna actividad, no han pensado siquiera en cuál les gustaría hacer de acuerdo con sus gustos e intereses. De las cuidadoras no formales que sí respondieron, entre las actividades más mencionadas están las deportivas, las laborales, las culturales y recreativas (véase la gráfica 45).



Fuente: elaboración propia con base en los resultados del cuestionario de cuidadoras no formales.

Hasta este apartado se examinan los datos estadísticos de las encuestas para pasar a analizar otros aspectos cualitativos de la formación de las cuidadoras de la salud, el núcleo más relevante y significativo de quienes ofrecen servicios de cuidado.

LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LAS CUIDADORAS FORMALES

En el apartado de metodología de este documento se desarrolla la aproximación metodológica que dio guía a este acercamiento, así mismo se mencionan las instituciones participantes. A continuación, se desglosan las categorías identificadas más consolidadas en el análisis de contenido realizado.

ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN HISTÓRICA, EVOLUTIVA Y VIGENTE

Se identificó que la formación de cuidadoras formales en el estado es sumamente diversa, tanto en las competencias en las que se habilita a las profesionales como en los grados de formación. Contrario a lo que ocurre en la mayoría de profesiones, formarse profesionalmente como cuidadora tiene muchas acepciones; una cuidadora formal puede estar superespecializada en un tipo específico de cuidados (enfermera intensivista, quirúrgica, gerontológica, pediátrica, etcétera), puede contar con los conocimientos que le permitan otorgar un cuidado profesionalizado de mediana complejidad o, si dispone de menor tiempo para formación, puede optar por una formación básica que le posibilite intervenir en la satisfacción de necesidades humanas no complejas.

La cuestión que hace poco pertinente esta amplia diversidad en la formación radica en que, aunque las instituciones realizan las contrataciones en función de estas categorías, demandan en el desempeño de este personal otro tipo de competencias para el cuidado, por ejemplo, enfermeras generales que realicen cuidados de alta complejidad o especializados o, incluso, enfermeras auxiliares a las que se les exige intervenir en el cuidado de mediana complejidad. Desde lo planteado

anteriormente, el Estado parece “solventar” las demandas de cuidado institucionalizado invirtiendo menores recursos económicos y exigiendo a las enfermeras iniciativas personales para habilitarse en actividades para las que no han sido formadas, lo que deriva en una experiencia de mayor estrés profesional para las cuidadoras y en una percepción de menor calidad de los cuidados otorgados en las personas usuarias.

Por otra parte, la responsabilidad de formar profesionales de enfermería es ardua, ya que es una de las carreras con mayor número de aspirantes y, en consecuencia, con un mayor número de alumnas y alumnos rechazados cada año.

En el cuadro 21 se menciona el número de aspirantes y estudiantado rechazado de forma anual en cada una de las instituciones que participaron en este estudio.

CUADRO 21
NÚMERO DE ASPIRANTES Y MATRÍCULA ANUAL EN LAS INSTITUCIONES
FORMADORAS DE RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERÍA PARTICIPANTES,
CICLO 2020-2021

Institución	Número de aspirantes	Número de aceptados
Universidad Autónoma de San Luis Potosí (campus SLP)	900	190
Universidad Autónoma de San Luis Potosí (Huasteca sur)	SD*	70
Universidad Autónoma de San Luis Potosí (Altiplano)	SD	74
Universidad Autónoma de San Luis Potosí (Zona media)	160	80
Universidad Intercultural	200	100
Cruz Roja Mexicana	150	100
Instituto Julio Verne	SD	20

* SD: sin datos

Fuente: información proporcionada por las personas informantes.

La carrera de enfermería es altamente demandada en las unidades descentralizadas de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, donde, junto con otras licenciaturas, se ofrece la de enfermería, que anualmente tiene mayor número de aspirantes y, también, reporta una mayor cantidad de personas rechazadas. La matrícula que se establece, y que podría parecer reducida, está determinada por las limitaciones en materia de

los campos clínicos, teniendo en consideración que enfermería es una profesión que requiere habilitarse en contextos reales.

El hecho de que las escuelas y las facultades que ofrecen esta licenciatura muestren una clara tendencia al incremento tanto en la matrícula como en el número de aspirantes evidencia que el trabajo de los cuidados continúa siendo de interés para las personas jóvenes. En este contexto, sin embargo, no es posible ignorar la reconfiguración que está trayendo la globalización y el neoliberalismo en la formación de quienes estudian enfermería. La mayoría de las licenciaturas que se ofrecen en el estado han incorporado en el perfil de egreso la habilitación en enfermería laboral, y las que no lo han hecho están analizando la pertinencia de hacer cambios en los planes y contenidos de estudio para incorporar estas competencias. Además, todas las opciones para estudiar enfermería en el estado incluyen en el currículo la obligatoriedad de cursar el idioma inglés.

EL PERFIL DE LAS ESTUDIANTES, LA COMPLEJIDAD DEL CRUCE DEL GÉNERO, LA CLASE SOCIAL Y LA ETNIA

La construcción social del género explica la feminización de la profesión y esta, a su vez, la desvaloración del trabajo de los cuidados profesionales. El trabajo de los cuidados se opaca frente a la medicina, porque, contrario a esta segunda, es una profesión que estudian en su mayoría mujeres, además casi siempre pobres. Se ha descrito que, a diferencia de la medicina, que es una “vocación heredada”, enfermería suele ser una opción profesional para mujeres que emergen de familias pobres y con bajo nivel de escolaridad, donde estas enfermeras profesionales son pioneras en la obtención de un título universitario.

Todas las escuelas y facultades que participaron en este estudio refirieron que más de 90 por ciento de su plantilla de aspirantes son mujeres, e identificaron el género como uno de los retos más importantes en la evolución de los programas. Reconocen que el ser mujeres condiciona que muchas de sus estudiantes tengan que compaginar el estudio con tareas de trabajo doméstico y cuidado de sus familias, lo cual resta oportunidades de formarse integralmente, además de impactar en las tasas de deserción, lo que se traduce en un obstáculo para titularse. El

género, asimismo, condiciona que algunas de sus egresadas vean reducidas sus oportunidades de movilidad y contratación una vez que concluyen los programas.

Ahora, si bien es cierto que la condición de género en sí misma es compleja, esta se complejiza aún más cuando se cruza con otra condición, la de clase social. Aparte de identificar que la mayoría de las aspirantes y estudiantes son mujeres, los actores de este grupo reconocen que las condiciones socioeconómicas juegan en contra tanto para el desarrollo académico como en las condiciones que afrontan para acceder a la titulación y la inserción al campo laboral. Esto se refleja en las siguientes narrativas:

El 92 por ciento de nuestras estudiantes son mujeres, aunque ha aumentado el número de hombres. Vienen estudiantes de los 12 municipios, de Zona Media y de Querétaro, muchas vienen del área rural, además vienen muchas ya con responsabilidades domésticas, familia a la que tienen que atender (UAMZM, UASLP).

Nuestras estudiantes pertenecen a un nivel [socioeconómico] medio a bajo, 90 por ciento son mujeres que estudiaron en prepas públicas y son “multifuncionales”; con esto quiero decir que ya tienen responsabilidades en casa asociadas al género, son casadas, tienen hijos; los hombres también ya traen a veces responsabilidades, pero ellos porque se insertan de forma temprana al trabajo de los cuidados remunerados (FEN, UASLP).

No se pueden mover porque cuidan a la familia, son madres de familia, porque son mujeres. Eso se ha detectado que afecta la movilidad en los estudios de seguimiento de egresados (COARA).

La imbricación compleja que se produce en torno al cuidado para quienes ejercen la enfermería ha sido señalada con antelación en referencia a la doble jornada de cuidado.¹ Esto ha dado lugar a planteamientos sobre la doble presencia, entendida esta como una sobrecarga de trabajo con efectos potencialmente negativos sobre la salud o las

¹ M. Lamarque y L. Moro Gutiérrez, Curando dentro, cuidando fuera: mujeres latinoamericanas y prácticas terapéuticas en el contexto migratorio transnacional, *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, vol. 30, núm. 02, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300222>

trayectorias laborales.² Este fenómeno cobra particular importancia en el sector de enfermería por tratarse de una profesión con una marcada presencia femenina. Las líderes de la educación en enfermería en el estado reconocen que los perfiles de sus estudiantes y sus egresadas están determinados de forma importante por otras funciones de cuidado en el interior de sus espacios domésticos.

Las profesoras que asistieron en representación de la UASLP de los campus instalados en el altiplano potosino y la región huasteca sur fueron enfáticas en señalar las desventajas estructurales que afrontan las jóvenes en materia de educación y economía y en la manera en que esto se traduce en el hecho de que estas jóvenes ingresen sin contar con el perfil básico para insertarse en la formación universitaria. No obstante, ambos campus refieren bajos niveles de reprobación o abandono, así como tasas adecuadas de eficiencia terminal, lo cual, sin duda, habla, por un lado, de la tenacidad de las jóvenes y, por otro, del esfuerzo que hacen los programas educativos para que, a pesar de las carencias, logren las competencias en cada semestre.

Para los campus instalados en la región huasteca, esto se complejiza más. En la UASLP campus Huasteca sur, cerca de 30 por ciento de los aspirantes aceptados habla una lengua indígena; en tanto, la Universidad Intercultural refiere que poco más de 60 por ciento de sus estudiantes proviene de comunidades identificadas como indígenas. La inserción de las mujeres indígenas en la educación superior es compleja, considerando que vienen de comunidades en las que afrontan desventajas como recursos educativos precarios, caracterizados no solo por poca infraestructura, sino también por metodologías de enseñanza centradas en la experiencia occidental.³

Pero los retos que implican el género, la clase y la etnia no solo son un obstáculo en el proceso de formación profesional, sino también tienen un impacto en las oportunidades de especialización. La enfermería

² N. Moreno, S. Moncada, C. Llorens y P. Carrasuquer, Doble presencia, trabajo doméstico-familiar y asalariado: espacios sociales y tiempo, *New Solution*, vol. 20, núm. 4, 2010, pp. 23-41.

³ M. E. Chávez Arellano, Ser indígena en la educación superior, ¿desventajas reales o asignadas? *Revista de la Educación Superior*, vol. 37, núm. 148, 2008, pp. 31-55. http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista148_S1A3ES.pdf

tiende, como otras disciplinas del ámbito de la salud, a la superespecialización, pero, dada su característica generalizada, la concreción de esta tendencia es mucho más compleja.

Esta complejidad que adquiere la habilitación y la superespecialización en las egresadas ha sido explicada por otros autores como una cuestión que aporta a la profunda brecha salarial entre hombres y mujeres, así como al tan citado “techo de cristal” o la llamada segmentación vertical, término que se utiliza para aludir el modo en que las trayectorias laborales ascendentes de las mujeres se ven detenidas en determinadas organizaciones por restricciones de género.⁴

Pese a lo anterior, las mujeres continúan interesadas en formarse para el cuidado profesional. La incursión cada vez mayor de las mujeres en la educación superior es la razón por la cual la enfermería es la carrera más buscada en la mayoría de los campus que ofrecen esta licenciatura. Además, la mayoría de las egresadas refiere un nivel de satisfacción alto con el trabajo. Aunque una limitante de estos estudios es que no profundizan en lo que genera dicha satisfacción, se sabe, por investigaciones realizadas desde la incorporación de la perspectiva de género, que las profesiones se feminizan o masculinizan en la medida que no son ajenas a los estereotipos construidos socialmente en torno al género, lo que se traduce en la comprensión de que el ejercicio profesional no está separado de las formas de legitimidad que buscan las personas como hombres y mujeres. En tal sentido, cuidar de la otra persona, de su vida y suplir las necesidades, se constituye en una oportunidad de legitimación no solo como profesional, sino también como mujer.⁵

⁴ J. Ortega, Una cuestión de entrega: desigualdades de género y factores de riesgo psicosocial en el trabajo de enfermería, *Revista de Pesquisa e Debates em Ciências Sociais*, vol. 22, núm. 1, 2019, pp. 1-18.

⁵ B. Lorente Molina, Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social, *Scripta Ethnologica*, núm. 26, 2004, pp. 39-53.

LA PARADOJA DEL ACCESO AL TRABAJO DE LOS CUIDADOS FORMALES Y LA PRECARIZACIÓN DEL EMPLEO

El acceso al empleo no es un problema para la enfermería. El déficit de cuidado derivado de la transición demográfica y epidemiológica sitúa esta carrera como una de las profesiones con menor escasez de empleo. Pese a esto, la divergencia en cuanto a las condiciones de empleabilidad de las cuidadoras profesionales se reconoce como una limitante para su desarrollo profesional en el estado; por ejemplo, en la ciudad de San Luis Potosí no se identifica complejidad para emplearse, incluso la oferta de empleo inicia antes de la conclusión del programa académico, dada la demanda, en particular del cuidado dentro de los domicilios. En contraste, en otras regiones como la Huasteca y el altiplano es más limitado el acceso al empleo, no solo porque hay poca infraestructura en salud, sino también por las propias dinámicas de contratación basadas en cuestiones sindicales.

Oportunidades de empleabilidad dignas son muy pocas; ya sabemos que en el Seguro [IMSS] las oportunidades son muy pocas para las personas que no tienen familiar y en el ISSSTE, aunque abre su bolsa de trabajo, el sueldo no es suficiente para que el profesional se desempeñe, y menos si tiene familia. En los servicios de salud es donde hemos tenido la mayor oportunidad (UAMZH).

En la Unidad Académica Zona Media (Rioverde) refieren, por su parte, no solo un alto nivel de empleabilidad, sino también un muy buen nivel de satisfacción de las egresadas y quienes las emplean. Pese a ello, se reconoce que los sueldos son bajos y desiguales.

La empleabilidad está, según los reportes del último seguimiento de egresados, entre 80 y 82 por ciento, con un porcentaje bastante aceptable de satisfacción tanto en el egresado como el empleador. En este sentido, sí existe el reconocimiento de que los sueldos son bajos (UAMZM).

La representante de Cruz Roja Mexicana pone en palestra cómo esta desvaloración del trabajo de enfermería ha condicionado la migración de mano de obra profesionalizada a otros estados del país.

No es que no haya donde trabajar, sino la baja remuneración. Las instituciones están ávidas de recursos humanos, pero el pago es muy bajo; por eso se van. Las condiciones laborales allá, en la Ciudad de México, no son nada parecidas a lo que se percibe en el hospital general de soledad, y hablamos de instituciones públicas y privadas (CRM).

La migración se constituye en una opción, en particular en regiones en las que históricamente se ha visto como una práctica asociada a la existencia de desventajas estructurales. Esto lleva a dar cuenta de que, incluso accediendo a estudios universitarios, migrar hacia el extranjero o, en específico, a la ciudad de Monterrey se contempla como una estrategia deseable para las cuidadoras profesionales.

Nuestras alumnas buscan, en la mayoría, migrar; una cantidad importante se va a Monterrey y se inserta en hospitales públicos y privados de prestigio. También tenemos el informe de que ya se dio el primer caso que viajó para trabajar al extranjero, específicamente para Alemania (UIC, Matlapa).

En la ciudad de San Luis Potosí, como se ha mencionado con antelación, la enfermería es una de las profesiones en las que, desde el proceso de formación, el estudiantado vive la experiencia de insertarse en un trabajo relacionado con esta. Tal inserción ocurre por la búsqueda de la sociedad de pagar menos por el trabajo de cuidados que se espera que sean “profesionales”, aunque es difícil garantizar que esto ocurra, porque el alumnado apenas está cursando una licenciatura que les posibilitará el desarrollo de las competencias necesarias para garantizar un cuidado que se ostente como tal.

Los estudiantes se insertaron al campo laboral desde antes de terminar de estudiar. Nuestros estudiantes tienen desde mucho antes la necesidad de trabajar y la demanda de cuidados es mucha, aunque sí, la paga es muy baja (FEN, UASLP).

Sin embargo, no solo esto caracteriza el ejercicio laboral de los recursos humanos en formación, sino que el problema radica en la diversidad y desigualdad de salarios que se ofrecen tanto en la iniciativa pública como en la privada.

La variabilidad de sueldos está enorme: en un hospital público, el mensual neto va de doce mil a catorce mil pesos, en un IMSS está por debajo de los diez mil pesos; si vamos a un ISSSTE, está en unos tres mil quinientos, creo que la quincena. Y, pues, estas no son las expectativas de nuestros egresados. Ahora, si vamos a particulares, son cinco mil pesos a la quincena más vales; en cuidados domiciliarios, la cuota de pago va desde doscientos hasta sin tope, mil pesos en un día. Tengamos en cuenta que este tipo de cuidado no es un ejercicio regulado, no extienden recibo, no pagan impuestos; entonces, la ganancia es neta, excepto que el contratante sea a través de un seguro que les pidan factura, y entonces es cuando dice el profesional “ya no tengo que trabajar porque tengo que pagar otros impuestos” (FEN, UASLP).

En relación con el cuidado domiciliario, en las regiones distintas a la conurbación San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez se afrontan aún condiciones de reconocimiento más adversas. En el Altiplano refieren que el pago por día de cuidados es notoriamente más bajo que el que se señala para la región centro del estado.

Es muy lastimoso hablar de salarios. El salario por cuidado privado, por ejemplo, lo están pagando veinte pesos menos que en la capital; estamos hablando de que les pagan alrededor de setenta pesos a los alumnos. En un estudio que hizo el Departamento de Vinculación encontró que más del ochenta por ciento de los alumnos que laboran, que es alrededor del cuarenta por ciento de nuestros egresados, ganan menos de tres mil pesos a la quincena (UAMZA).

Ahora, si bien la enfermería accede, en general, a salarios bajos, es aún más preocupante que en algunas regiones sean los salarios de las egresadas de Enfermería los que se reportan más altos con respecto de quienes egresan de otras licenciaturas. De igual forma, los índices de satisfacción

de los empleos resultan, en su mayoría, elevados y el índice de desempleo se sitúa por debajo de los reportados para otras profesiones.

La satisfacción de nuestras egresadas es alta; tenemos un 8.5 de una escala de diez puntos. La tasa de desempleo es de 12.8 por ciento, que está por encima de lo que marca la OCD, pero debajo de la tasa a nivel nacional. 47 por ciento de los egresados tardaron menos de seis meses en ubicarse en el empleo, el 10 por ciento tardó más de 12 meses en conseguir su primer empleo y el promedio de salario mensual es de 10 258, lo que lo coloca como el salario más alto obtenido por egresados de las siete licenciaturas de la Unidad; las otras ganan al mes 8 145 (UAMZM).

No puede dejar de problematizarse la manera en que la tendencia hacia la privatización de los servicios de salud afectó gravemente el trabajo de los recursos humanos en enfermería. Las reformas en materia de salud aprobadas en los últimos treinta años han influido no solo para que se produzca el incremento del gasto de bolsillo de la sociedad en materia de acceso a servicios de salud y medicamentos, sino también han afectado la calidad de la atención, dadas las condiciones de desventaja que vieron venir las profesionales del cuidado, quienes se sumaron a la práctica creciente del pluriempleo, y es que los salarios están por debajo de la línea de bienestar. Emplearse en distintas opciones laborales y en distintos horarios significa una sobrecarga de trabajo, con el desgaste físico y mental y el estrés que esto conlleva.

Los fenómenos que las tendencias neoliberales en materia de cuidado profesional han traído consigo son, entre otros, un agudo déficit de personal, la heterogeneidad en la formación, la carencia de entes controladores del ejercicio profesional y reglamentaciones claras sobre horarios, remuneraciones, tareas, posibilidades de carrera y ascensos.⁶

El neoliberalismo ocasionó un reforzamiento de las tendencias de globalización, flexibilidad y terciarización de la economía y, con esto, la precarización del empleo, que han originado modificaciones profundas en las condiciones de vida y trabajo de salud de la mayoría de las

⁶ C. Wainerman y G. Binstock, El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires, *Desarrollo Económico*, vol. 32, núm. 126, 1992, pp. 271-284. <https://doi.org/10.2307/3467331>

trabajadoras y los trabajadores mexicanos, no solo del personal de enfermería. Los actores que se adscriben a unidades multidisciplinarias señalan que sus carreras son las que tienen un mayor número de aspirantes y que sus estudios de egresados muestran que sus exalumnos y exalumnas son quienes perciben mayores salarios mensuales.⁷

Es pertinente, entonces, poner en la mesa la forma en que la tendencia neoliberal ha fragilizado la calidad del empleo, porque no solo se reduce a los aspectos de productividad, sino que también determina los terrenos político, sindical, ideológico, cultural, científico, y trastoca de manera central las condiciones de reproducción de las trabajadoras y los trabajadores.

LA MIGRACIÓN Y EXTRANJERIZACIÓN DE LA MANO DE OBRA DE CUIDADO PROFESIONALIZADO

Otra cuestión que resulta importante discutir es la relacionada con la tendencia que la migración está teniendo como opción para las personas egresadas, cada vez a lugares y países más lejanos. Se habla de que las egresadas y los egresados de la oferta educativa en la región huasteca y el altiplano tienden a emigrar a la ciudad de Monterrey y aun a Estados Unidos. De igual manera, Alemania figura como un país interesado en atraer mano de obra de cuidado formal desde el estado. Estas iniciativas prosperan dadas las condiciones de empleabilidad que prevalecen en las distintas regiones.

En las condiciones antes descritas se identifica que, si bien las y los profesionales acceden de manera relativamente sencilla al trabajo, en la búsqueda de condiciones más dignas de empleo, se insertan en trayectorias migratorias regionales, nacionales e internacionales.

Desde la región huasteca han salido no solo a otros estados, sino incluso a otros países.

⁷ M. C. González, Flexibilización de las relaciones laborales: una perspectiva teórica postfordista, *Gaceta Laboral*, vol. 12, núm. 1, 2006, pp. 33-69. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-85972006000100003&lng=es&tlng=es

Los egresados trabajan en instituciones de la Zona Huasteca, una más en Alemania. También se van a Querétaro, Ciudad de México y San Luis Potosí, tanto en instituciones públicas como privadas, Zona Industrial y estancias del DIF. La migración a la Ciudad de México y a la de Monterrey es histórica, sobre todo desde la Huasteca sur; ellos se insertan a trabajar en estas ciudades desde que son estudiantes, se tardan en iniciar el semestre porque se esperan a terminar la quincena. Lo que hemos visto es que esta migración ya se da también en profesionistas, ya no se van a laborar en lo que sea, se van a laborar como mano de obra formada, con otro perfil (UIC, Matlapa).

Se debe reconocer, entonces, que el cuidado profesional está transitando por una etapa de falta de reconocimiento y una tendencia a la extranjerización, y habla de la necesidad de dar cuenta de una feminización de la migración, de mano de obra calificada.

La inversión que hace el Estado, en particular a partir de la oferta en las universidades públicas, no encuentra sentido cuando la falta de oportunidades en el país determina la emigración de esta mano de obra calificada. En un contexto en el que la transición epidemiológica y demográfica evidencia una tendencia a una mayor demanda del cuidado, contribuye a la denominada “crisis de cuidados”.⁸

Habrá que dilucidar, además, cuáles son las condiciones de contratación en las que emigran las enfermeras que se sienten atraídas por estas opciones de movilidad, debiendo insertarse, casi siempre, en países que están desprovistos de personal de enfermería y, en consecuencia, asumiendo condiciones de sobrecarga de trabajo. En este sentido, coincidimos con Villa y Martínez⁹ en que estas migraciones pueden ser una oportunidad de autonomía para las mujeres, pero también para

⁸ A. Mallimaci, Migraciones y cuidados. La enfermería como opción laboral de mujeres migrantes en la ciudad de Buenos Aires, *Universitas Humanística*, núm. 18, julio-diciembre, 2016, pp. 395-428. <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n82/n82a15.pdf>

⁹ M. Villa y J. Martínez, Tendencias y patrones de la migración internacional en América Latina y el Caribe, *Notas de Población*, año XXVIII, núm. 73, 2001, pp. 51-109. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12710/np73051099_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

contribuir y profundizar en patrones de vulnerabilidad históricamente arrastrados.

[...] la feminización de la migración y la creación de estas cadenas relacionadas con la gestión del cuidado se explican como parte de los efectos del envejecimiento de la población, el aumento de la tasa de actividad de mujeres y la insuficiente oferta de estructuras públicas y parapúblicas de cuidado.¹⁰

La migración de este tipo de mano de obra condiciona un impacto negativo en la oferta que el Estado puede hacer en el tema de cuidados, la salida descontrolada de personal sanitario compromete la capacidad del sistema, la efectiva cobertura de competencias enfermeras al perder recursos humanos especializados y la calidad en la atención.

TENDENCIA PERMANENTE HACIA LA CONSOLIDACIÓN DE LA PROFESIONALIZACIÓN Y LA CIENTIFICIDAD DE LA ENFERMERÍA

En contraste con las condiciones de bajo reconocimiento de la profesión de enfermería, los programas que ofrecen la formación en esta se ven exigidos por alcanzar indicadores de excelencia más altos. La mayoría se ha sumado a evaluaciones de acreditación que les competen según su perfil.

Acreditar la evaluación de organismos externos no es un proceso sencillo, pues les demanda, entre muchas otras tareas, la actualización continua del currículo, que debe evidenciar ser adecuado a las demandas de cuidados documentadas en la sociedad y en las instituciones empleadoras, además, responder tanto a criterios globales como regionales sobre el tema del cuidado. En este tenor, se identificó, por ejemplo, un interés general por fortalecer la metodología de la investigación, la salud laboral y el idioma inglés, en función, todo esto, de las demandas emanadas de las reconfiguraciones que están viviendo las instituciones empleadoras

¹⁰ N. Borgeaud-Garciandía, En la intimidad del cuidado de adultos mayores dependientes: la experiencia de cuidadoras “cama adentro” en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en L. Pautassi y C. Zibecchim (coords.), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*, Biblos, 2013, pp. 276-316.

en lo local, pero también por las exigencias que ha impuesto la globalización en el tema del cuidado profesional.

Para enfermería, insertarse en procesos de acreditación, como lo hace el resto de las profesiones, ha constituido una estrategia factible para demostrar su propia complejidad como una opción de educación superior y, con esto, impactar en la jerarquización que se ha establecido históricamente en el ámbito de la salud, aunque, sin duda, su mayor reto continúa siendo, para algunas autoras, reducir la fragmentación horizontal del campo.¹¹ Todo ello debería ser motivo de reflexión profunda, pues la naturaleza y la complejidad de las necesidades son diversas, y es esto lo que ha hecho pertinente la demanda de personas habilitadas para el cuidado con muy distintos perfiles y competencias.

En este contexto, cabe reconocer, sin embargo, las particularidades que cada programa atiende según el perfil sociogeográfico al que debe garantizar cobertura. Por ejemplo, en la Licenciatura en Enfermería que se ofrece en la región altiplano se imparte una materia de medicina tradicional dada la proximidad con población que practica este tipo de medicina en Real de Catorce, lo que contrasta con el fortalecimiento de las materias de salud laboral que se está generando en la misma unidad porque se busca también dar respuesta a las empresas instaladas en la región.

Por su parte, el campus de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí de la región Huasteca sur identificó pertinente desarrollar una mirada centrada en la obstetricia y en la transversalización de una perspectiva de género que haga posible la gestión de condiciones de mayor igualdad en materia de salud para hombres y mujeres.

En lo relativo a la región centro, los esfuerzos, aunque se han diversificado, continúan centrándose de forma notoria en el cuidado hospitalario y recientemente se ha buscado fortalecer la atención primaria de la salud y la enfermería laboral.

La Cruz Roja Mexicana enumera, entre sus fortalezas más importantes, el desarrollo de competencias dirigidas a la preservación y a la

¹¹ A. Del Río, *Las características identitarias de la enfermería: entre la subordinación y la búsqueda de reconocimiento en el oficio de cuidar*, tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias Sociales con orientación en Educación, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2020.

atención de la salud mental de la población, tanto en el primer nivel de atención como, de modo directo, en hospitales de atención psiquiátrica.

En tanto, en la Unidad Académica Zona Media se han enfocado en la atención primaria de la salud, sin descuidar la hospitalaria, y contemplan el cuidado domiciliario como un área de oportunidad, toda vez que no se cuenta con sector industrial instalado en la región.

En general, las instituciones formadoras de recursos humanos en enfermería comparten que son instados por las instituciones y la sociedad a reforzar dos aspectos particulares en el perfil de las cuidadoras y los cuidadores profesionales: el liderazgo y el sentido humanista. De igual manera, han identificado como una necesidad urgente trabajar en la salud mental, pero no solo en la atención de la otra persona, sino también brindar estrategias para el autocuidado. Reconocen que el trabajo de los cuidados es agotador y, con frecuencia, deriva en condiciones que pueden tornarse patológicas o Burnout.

CONCLUSIONES

El objetivo de este apartado fue diagnosticar las condiciones que guarda el cuidado en su faceta profesional, tanto en la demanda como en la oferta, las tendencias en materia de formación y el reconocimiento de las personas cuidadoras formales que se desempeñan en el estado.

Los resultados de la entrevista grupal con actores estratégicos de la formación de recursos humanos de enfermería permiten dar cuenta de que el trabajo de los cuidados formales es una necesidad vigente en la sociedad y es una demanda que se incrementará en la medida que se profundicen las transiciones demográficas y epidemiológicas proyectadas, en las que se espera un proceso de envejecimiento poblacional acompañado de una mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas.

El Estado, a través de sus instituciones de educación superior, busca de manera permanente dar respuesta a la exigencia de más recursos humanos en enfermería. Sin embargo, en esta búsqueda se reconoce que, en contraste con otras profesiones, enfermería es una disciplina con una amplia fragmentación horizontal en el interior del propio campo

profesional (auxiliares, técnicas, licenciadas, especialistas), lo cual no representaría un problema si no fuese porque dicha fragmentación contribuye de manera importante a pagos menos justos por las funciones realizadas por las profesionales, así como a la sobreexigencia de hacer actividades profesionales para las que no han sido habilitadas. Esta situación, en el corto plazo, podría traducirse en insatisfacción laboral y, en el mediano plazo, en situaciones de desgaste profesional.

La condición de género es contemplada como una condición que complejiza la trayectoria de formación y, más adelante, la inserción y el desempeño en el campo laboral. Pero esta no es la única situación estructural que tiene tal impacto; además, la condición de clase social y etnia figuran como desventajas estructurales que afrontan quienes se insertan en el empleo del cuidado profesional.

Aunque la formación de cuidadoras profesionales busca dar respuesta de manera permanente a las exigencias impuestas por la globalización en las políticas de educación superior, en una continua búsqueda de homologar la enfermería con otras profesiones, los retos para la empleabilidad digna persisten y, en el marco de las tendencias neoliberales, parecen no tener mejor panorama. Estas condiciones podrían potenciar la tendencia migratoria de mano de obra profesionalizada para el cuidado, lo que, sin duda, representa una amenaza y una contribución para la, desde hace tiempo anunciada, crisis de cuidados.

VOCES INSTITUCIONALES Y DE LA SOCIEDAD CIVIL QUE OFRECEN SERVICIOS DE CUIDADO EN LA ENTIDAD

CUIDADORAS DE PRIMERA INFANCIA

A fin de conocer la opinión de actores de instituciones que regulan y ofrecen servicios de cuidados a niños y niñas de la primera infancia en el estado, se implementó como estrategia de recolección de datos la entrevista en un grupo focal, en la modalidad virtual mediante la plataforma Google Meet. En esta participaron 14 personas de las siguientes instituciones: Departamento de Educación Inicial Indígena de la Secretaría de Educación del Gobierno del Estado, Departamento de Educación Inicial de la Secretaría de Educación del Gobierno del Estado, Coordinación Estatal del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA SLP) y Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (PPNNA SLP).

El grupo focal se realizó el 18 de noviembre de 2020, con una duración de dos horas y media. Las personas asistentes dieron su consentimiento para la grabación de la sesión y para que lo dicho fuera usado con fines del presente estudio.

Las y los participantes del grupo focal coinciden en que la mayor demanda de los padres y las madres de familia versa sobre la cobertura insuficiente en los servicios de cuidado a niños y niñas de la primera infancia. El estado no tiene la capacidad en recursos humanos, financieros y materiales para atender la demanda y para que todas las niñas y niños que requieren cuidado en la primera infancia cuenten con un lugar adecuado.

Definitivamente (la cobertura) no es suficiente, porque hemos querido nosotros crear centros educativos, pero no existe la capacidad financiera para cubrir el pago de una educadora más para que atienda a las comunidades que están solicitando la apertura de nuevos centros de Educación Inicial Indígena (DEII).

Las demandas en la cobertura no las alcanzamos a cubrir. Sí se quedan niños que no son aceptados, pero es por la cantidad de personal que hay. Nos tenemos que limitar nada más a cierto número de niños para atender, porque no podemos abarcar, por el personal y también por las condiciones de los propios edificios (DEI).

No es suficiente, se requiere de más espacio, aunque se estén haciendo intentos de expandir los servicios, pero se quedan muchos niños sin la atención, porque ya no tenemos capacidad (SIPINNA).

Formación, perfil y características de las cuidadoras de primera infancia

El perfil profesional de las personas que cuidan a las niñas y los niños de primera infancia es variado. En el caso de educación inicial regular e indígena, la mayoría tiene el grado de licenciatura en las áreas de preescolar; en menor medida, en educación inicial, puericultura y psicología. En cuanto a las promotoras comunitarias del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), la mayoría tiene preparatoria y secundaria.

La formación inicial la han recibido en las escuelas normales públicas y privadas, en la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) y en universidades públicas (psicología) y privadas. Cabe señalar que, para educación inicial indígena, la formación de muchas cuidadoras es bilingüe, lo que hace posible la atención de las niñas y los niños en su lengua materna.

[...] la escuela normal de la Huasteca es una escuela bilingüe intercultural. Las características es que favorece la atención de la primera infancia respetando la lengua indígena de los niños y niñas indígenas de las diferentes localidades (DEII).

Se considera que es insuficiente la oferta educativa de formación para la atención de las niñas y los niños de primera infancia, aun cuando en el estado hay capacidad suficiente para la formación inicial de docentes,

como es el caso para otros niveles educativos. Hace algunos años, la Licenciatura en Educación Inicial se ofrecía en una escuela normal particular en la capital del estado; en la actualidad se ofrece únicamente en la UPN, y la de Puericultura, solamente en una universidad privada.

Nos hacen falta aún instituciones formadoras para la atención, ahora sí que muy directa a la primera infancia (DEII).

Quienes están a cargo directamente con los grupos (lactantes y maternal) son educadoras, tienen Licenciatura en Educación Preescolar, pero a partir de este ciclo escolar –estamos en procesos de selección–, el perfil que piden es Licenciatura en Educación Inicial o Licenciatura en Puericultura.

En cuanto a las características de las cuidadoras, destacan la habilidad para relacionarse de manera afectiva consigo mismas y con las niñas y niños; la empatía; la disponibilidad física y emocional; ser cálida, paciente y comprometida; la capacidad para involucrarse en las actividades y juegos, de adaptarse y resolver situaciones de acuerdo con el contexto.

Características de los servicios de cuidado y demandas de las familias

Respecto a las características de los servicios de cuidado, dependiendo de las instituciones y programas, se pudieron identificar los siguientes en el estado:

Centros de Atención Infantil. Educación Inicial Regular Escolarizada

En estos centros se atienden niños y niñas de 45 días a 5 años 11 meses en tres niveles de lactantes, tres de maternal y tres de preescolar, en un horario de 8:00 a 15:00 horas, que se considera el horario de trabajo de los padres y las madres de familia. Existen unos cuantos Centros con horario vespertino.

De acuerdo con la edad y el nivel, se cuenta con un programa y planeación de las actividades que se tendrán en el día. En el Centro se cubren, todas las necesidades de las niñas y los niños durante su estancia como alimentación –por parte de la institución–, sueño, juego, socialización, aseo, cambio de pañal, atención de necesidades fisiológicas, entre otras.

Los Centros cuentan con la infraestructura, el mobiliario y los materiales adecuados para la atención en cada etapa del desarrollo de las niñas y los niños. Cada grupo es atendido por una educadora, que es la responsable del grupo, y por una asistente. Se cuenta con docentes de música y educación física, además de áreas técnicas como trabajo social, psicología, área médica, área pedagógica y la dirección, así como personal de cocina e intendencia.

La atención que se brinda se basa en la crianza compartida en dos ejes: atención a las niñas y los niños y asesoría a las madres y los padres de familia. Lo anterior con un carácter inclusivo a fin de garantizar los derechos de las niñas y los niños y el desarrollo integral infantil.

Como ya se mencionó en el apartado de cobertura, la demanda principal de las familias es que se requiere una mayor capacidad de atención, ya que muchos niños y niñas quedan fuera de los Centros de Atención Infantil.

Centros de Atención Infantil. Educación Inicial Indígena

En los Centros de Atención Infantil de Educación Inicial Indígena se brinda atención a niños y niñas de 45 días a tres años de edad, en dos modalidades: 1) atención directa de las educadoras, para niños y niñas de 2 a 3 años, y 2) atención con agentes educativos, que son las madres y los padres de familia o algún familiar, en el caso de niños y niñas de 0 a 3 años.

Adicionalmente, el personal educativo recibe capacitación en talleres, pláticas, conferencias, de acuerdo con las necesidades detectadas en el contexto donde el Centro está ubicado.

La atención se lleva a cabo con fundamento en un programa y una planeación, en los que se establecen los horarios de las actividades lúdicas y pedagógicas de las niñas y los niños, así como las sesiones en las que estarán las madres y padres de familia. Cada educadora elabora el programa y la planeación de acuerdo con las necesidades de las niñas y los niños atendidos en el Centro.

Educación inicial no escolarizada, CONAFE

Según la información proporcionada por la Coordinación Estatal de Educación Inicial no Escolarizada de la Secretaría de Educación de Gobierno del Estado (SEGE) y por el Consejo Nacional de Fomento

Educativo (CONAFE), la atención que se ofrece a niños y niñas de 0 a 3 años es no escolarizada. El modelo de atención consiste en que una persona de la localidad o de la región es habilitada como promotora educativa. Esta es quien organiza y realiza durante once meses sesiones semanales con madres y padres de familia, o familiares, que estén embarazadas o que tengan a su cuidado niñas o niños entre los 0 y 3 años. En este sentido, se considera que son las madres y los padres de familia quienes se encargan de la crianza de sus hijas e hijos.

Estas sesiones se efectúan en casas particulares, salones ejidales u otros espacios que la comunidad presta. En las sesiones se realizan actividades lúdicas y pedagógicas con las niñas y los niños, pláticas, talleres para reflexionar y compartir experiencias en torno a si sus prácticas de crianza favorecen o desfavorecen el desarrollo integral de los niños y las niñas. Después de un proceso de análisis conjunto, las madres y los padres de familia deciden si continúan con estas prácticas, las enriquecen o las cambian.

Las promotoras educativas están continuamente en procesos de formación y cuentan con la asesoría y el apoyo de agentes educativos con mayor preparación (por ejemplo, licenciatura) y/o experiencia.

En la actualidad se está iniciando un programa que se llama Visitas a los Hogares, que consiste en que profesionales en educación y psicología van a las casas de las niñas y los niños de primera infancia e interactúan con ellas y ellos de manera directa, así como con las madres y los padres, proponiendo actividades pedagógicas que favorecen el desarrollo integral.

Cabe señalar que en esta modalidad de atención no se cuenta con infraestructura propia y que las agentes educativas no son de planta.

Acogimiento residencial de niños y niñas (PPNA)

La atención de acogida residencial en el cuidado parental realizada por parte de la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (PPNA) se brinda a personas menores de edad que por alguna razón no pueden estar al cuidado de sus madres o padres y por esta razón son separados de sus familias. Este centro, que depende del Estado, únicamente se ubica en la capital. Además, hay Centros de Asistencia Social, autorizados y supervisados por la PPNA. Sin embargo, es necesario que se implementen en las regiones huasteca, media y altiplano.

Las cuidadoras y los cuidadores de los centros de acogida atienden todas las necesidades de los niños y las niñas de acuerdo con la edad, la condición y la capacidad cognitiva. El tipo de cuidado es el que los niños y niñas debieran tener en una familia: seguridad, educación, salud, aseo, alimentación, vestido, recreación, entre otros. También cuentan con personal de asistencia social que atiende a niñas y niños de 0 a 6 años y después de 7 a 18 años.

Las demandas de las madres, los padres y las familias son muy variables, debido a que cada situación de las niñas y los niños es diferente, así como las condiciones de la familia. Hay quienes cuentan con un familiar que puede hacerse cargo del cuidado o, bien, no pueden hacerse cargo por alguna situación legal. La demanda más recurrente es la convivencia con las niñas y los niños, que se formula desde la perspectiva de los derechos de la infancia y con el fin de reintegrarles al ámbito familiar.

[... en la convivencia] se atiende la necesidad de los niños, y es adecuado para que los niños convivan con sus padres. Se permite esta convivencia para poder, en un futuro, hacer la reintegración del cuidador principal, que son los tutores naturales, que son los padres, o, bien, con algún tipo de familia extensa (PPNA).

Condiciones laborales de las personas que realizan acciones de cuidado para niños y niñas de primera infancia

Las condiciones laborales de las personas que se dedican al cuidado de la población de la primera infancia en las instituciones del Estado son variables y dependen de la modalidad de atención y el tipo de contratación.

Las educadoras que ejercen funciones de cuidado adscritas a la Secretaría de Educación cuentan con una plaza basificada, tienen estabilidad laboral, salario fijo de acuerdo con los tabuladores vigentes y, hasta este momento, aumento salarial anual. Todas están afiliadas a la Sección 26 o 52 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE). En este caso, no existe rotación de personal, salvo cuando alguien solicita cambio de centro de trabajo.

Cuentan con las prestaciones estipuladas en la Ley Federal del Trabajo y algunas otras propias del sector educativo; entre ellas, aguinaldo,

vacaciones, bonos, servicio médico en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), licencia médica por enfermedad y embarazo, jubilación por edad, años de servicio o incapacidad permanente, crédito para la adquisición de vivienda, pensión en caso de fallecimiento para hijos e hijas y esposa, esposo, concubina o concubino y un contrato por tiempo indefinido.

Las educadoras que no cuentan con plaza base son contratadas por tiempo definido, lo cual les ocasiona incertidumbre por la recontratación y la rotación en diferentes centros de trabajo. Cuentan con las mismas prestaciones, que se les pagan de forma proporcional al tiempo trabajado, con excepción de la antigüedad para la jubilación.

Los Centros de Atención Infantil tienen una plantilla de personal completa y diferenciada en salarios y funciones.

En el caso de Educación Inicial Indígena, las educadoras refieren que se requiere el reconocimiento, la remuneración y la creación de plazas de dirección, supervisión y jefatura de sector acordes con las funciones que realizan algunas compañeras, ya que todas tienen plaza de docentes. La falta de estos niveles constituye una diferencia con respecto de otros niveles modalidades educativas.

Las supervisoras no tenemos una clave de supervisión; sin embargo, estamos realizando todas las actividades [...] Tenemos claves de docentes, no hay plazas para supervisoras, ni para jefas de sector, que actualmente se ha generado, para poder coordinar nuestro nivel educativo [...] no percibimos nosotras el salario de supervisoras y llevamos más de seis años en esta comisión (DDEII).

En el CONAFE existen muchas diferencias en salarios, contratación y estabilidad laboral. Quienes realizan acciones de cuidado y asesoría a las familias son las promotoras educativas, que son personas de la localidad o la región contratadas por tiempo definido para efectuar un trabajo que es considerado como un servicio a la comunidad, por lo que el sueldo es bajo, dependiendo del techo financiero y para cubrir en mayor número la demanda. Hay quienes reciben el sueldo por parte del

CONAFE y quienes lo reciben por parte de la SEGE; este último es menor que el primero. Entre las promotoras educativas existe mucha rotación.

[...] a la promotora educativa se le da una ayuda, se le considera como trabajo social [...], es muy poco, a las que pertenecen a la Secretaría, como novecientos pesos al mes y a las que pertenecen a CONAFE son como dos mil pesos (SEGE-CONAFE).

Existe también personal de psicología, de trabajo social y de administración que se dedican a asesorar a las promotoras y a la administración del programa. De estos, el personal que está adscrito a la SEGE percibe salario de nivel administrativo y el que pertenece al CONAFE recibe un salario menor.

Sí hay mucha diferencia, al menos en mi nivel, de lo que es CONAFE y Secretaría de Educación de Gobierno del Estado [...] También hay muy poca remuneración y reconocimiento a las cuidadoras (SEGE-CONAFE).

El personal del Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA) y de la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (PPNNA) que realiza labores de cuidado infantil es contratado bajo diferentes esquemas con prestaciones laborales diferentes, los cuales son desiguales. En el caso de quienes tienen una base como trabajadoras y trabajadores del gobierno del estado, cuentan con todas las prestaciones, entre ellas aguinaldo, vacaciones, bonos, servicio médico en el Instituto Mexicano del Seguro Social, seguro de gastos médicos mayores, licencia médica por enfermedad y embarazo, jubilación por edad, años de servicio o incapacidad permanente, crédito para la adquisición de una vivienda, pensión en caso de fallecimiento para hijos e hijas y esposa, esposo, concubina o concubino y un contrato por tiempo indefinido. Pueden estar o no afiliadas o afiliados a los diferentes sindicatos de trabajadores de gobierno del Estado. En el caso de quienes no cuentan con base, se les contrata por honorarios profesionales, honorarios asimilables, personal de confianza o proyecto, por tiempo definido, por lo que no cuentan con todas las prestaciones ni seguridad laboral fuera de los contratos específicos.

Políticas públicas y reconocimiento del trabajo de las cuidadoras de niños y niñas de primera infancia

Las personas que participaron en el grupo focal coinciden en la percepción de que su labor es sustantiva para el cuidado y el desarrollo de niñas y niños de primera infancia y que es necesario un mayor reconocimiento de las funciones que se realizan en las diferentes instituciones.

Sí hay falta de reconocimiento, sobre todo la remuneración y la formación para atender a la primera infancia (CONAFE).

[...] hace falta que se nos reconozca más sobre lo que hacemos, como que todavía hay desconocimiento, incluso de que estamos ahí, qué hacemos y qué nos corresponde hacer a la educación inicial (DEI).

El reconocimiento a los cuidados de la primera infancia, debe reflejarse en nuevas políticas públicas para la atención y cuidado de niños y niñas de primera infancia, que consideren la suficiencia en cobertura, recursos financieros, humanos y materiales. Actualmente, derivado de las modificaciones al Artículo tercero constitucional, se está construyendo un nuevo marco normativo con nuevos modelos de atención, los cuales aún no se ven reflejados en el funcionamiento y organización de las instituciones.

Están las modificaciones al artículo tercero, está por salir la política pública de educación inicial, pero como que todavía está nada más el documento, hace falta la implementación, ya directa, para que se dé en todos los estados, en todos los municipios, que ya se pueda estar implementando y se garantice la educación de calidad y de excelencia para todos los niños (DEI).

Que la política realmente vea la necesidad y el derecho que tienen los niños y las niñas de ser atendidas, de que las condiciones estén óptimas para el desarrollo de las actividades, y se ofrezca la atención a la primera infancia en las comunidades más lejanas (DEII).

En relación con la suficiencia de recursos, en algunas localidades del medio rural se hace evidente la carencia de personal –ya que, en su

mayoría, son unitarios—, de infraestructura adecuada construida con materiales, techo y piso, barda perimetral, sanitarios, mobiliario, materiales didácticos y para la atención, adecuados para las niñas y los niños y para realizar las labores de cuidado, así como de apoyo a sus familias en condiciones óptimas, salubres y seguras.

Algunos centros son construidos con los materiales del medio como palos o palmas. Entonces, el padre de familia no se motiva a llevar al niño porque, si lo llevas, yo creo que corre más riesgo en cuanto a salud; no hay piso, no hay paredes que lo cubran del frío. Los sanitarios son una necesidad también; en su mayoría son rústicos, son construidos por la propia comunidad, son muy riesgosos, porque son fosas. En Huasteca sur visitamos un centro educativo donde todavía las mamás se sientan en bloc, por no contar con banquetas o con sillas y las mesas son cajas de madera que forran los docentes y ahí los niños y niñas realizan sus actividades (DEII).

Conclusiones

En este apartado se han analizado, con fines de diagnóstico, las condiciones de las personas que realizan el trabajo de cuidado para niñas y niños de primera infancia, de manera formal en instituciones públicas del Estado. Los aspectos analizados son la cobertura, la ubicación y la demanda; las características de los cuidados que se ofrecen en las instituciones; el perfil profesional; las condiciones laborales, y el reconocimiento a su labor.

Las personas que llevan a cabo el cuidado de niñas y niños trabajan en instituciones públicas y privadas con diferentes esquemas de atención, que van desde el cuidado completo e integral de todas las necesidades de cuidado y educación en edades de 45 días a 5 años 11 meses, hasta espacios donde se brinda asesoría a las madres y padres sobre las prácticas de crianza y cuidado, desde el embarazo hasta los tres años.

La cobertura de las instituciones es diferente también. En las localidades con menor población, los servicios de asesoría para el cuidado y la crianza de niñas y niños menores de tres años los realizan las promotoras educativas del CONAFE, en las principales comunidades indígenas lo llevan a cabo profesionales de educación inicial indígena y en

las áreas urbanas con mayor población lo efectúan las profesionales de educación inicial.

La demanda de servicios de cuidado es mayor que la oferta, la cobertura de servicios de cuidado infantil es insuficiente. Además, las instalaciones de estos centros de atención no permiten el incremento del número de niños y niñas. Estos aspectos constituyen las peticiones principales de las familias.

En cuanto al perfil profesional, la mayoría de las educadoras tiene licenciatura en educación preescolar, psicología, educación inicial y puericultura. Estas últimas son consideradas pertinentes para la atención de niñas y niños de 0 a 3 años. Sin embargo, solo dos instituciones cuentan con estas carreras; por lo tanto, la oferta de formación es insuficiente. Las promotoras educativas que trabajan en el CONAFE tienen un perfil de secundaria, bachillerato y, en algunos casos, de carrera trunca; ellas reciben la formación específica a través de cursos y talleres por la misma institución.

CUIDADORAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O ENFERMEDAD

Las personas en situación de discapacidad y/o enfermedad representan una población vulnerable. Al respecto, la Ley General de Desarrollo Social define los grupos sociales en situación de vulnerabilidad como:

Aquellos núcleos de población y personas que, por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.¹

A su vez, la población en situación de discapacidad y/o enfermedad es receptora de cuidados cotidianamente, que son brindados por personas cuidadoras formales y no formales. Entre las personas cuidadoras formales que brindan atención a dicha población se encuentran personas trabajadoras de la salud (médicos, médicas, terapistas, enfermeras,

¹ Diario Oficial de la Federación (DOF), Ley General de desarrollo social. Primera sección, edición matutina, 30 de mayo, 2014

enfermeros), quienes le proporcionan atención primaria y ambulatoria. A su vez, son partícipes del trabajo de cuidados formales quienes trabajan en el ámbito educativo (docentes, personal de psicología y trabajo social) y funcionariado público que se encarga de dirigir instituciones y programas gubernamentales en beneficio de las personas con discapacidad y/o enfermedad.

En cuanto a las y los cuidadoras no formales, encontramos integrantes del núcleo familiar de las personas en situación de discapacidad y/o enfermedad. Entre tales integrantes destaca la figura femenina, es decir, madres, abuelas, tías o hermanas. Encontramos también integrantes de la sociedad civil que han formado asociaciones civiles que brindan apoyo y cuidados a personas en situación de vulnerabilidad.

Los objetivos del grupo focal fueron:

1. Identificar el estado de profesionalización de las cuidadoras formales que laboran en instituciones que ofrecen servicios de cuidados a niños y niñas con discapacidad y/o con alguna enfermedad como cáncer, sida o portadores de VIH u otra enfermedad crónica en el estado.
2. Describir las situaciones laborales, familiares y sociales de las personas cuidadoras formales en las instituciones.
3. Describir el papel de las cuidadoras en las políticas públicas actuales y las sugerencias de estas en materia de políticas públicas para mejorar las condiciones que viven las cuidadoras.

Sobre las personas participantes

En función de lo anterior, se contó con la presencia de ocho actores sociales considerados claves: funcionariado de dependencias de gobierno encargadas de brindar atención a personas en situación de discapacidad y/o enfermedad, trabajadoras de la salud de instituciones públicas del estado e integrantes de la sociedad civil que trabajan en asociaciones civiles que brindan apoyo a cuidadoras no formales de niños y niñas con enfermedades crónicas en el estado de San Luis Potosí.

Participaron las siguientes instituciones: Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí, Dirección de Integración Social de Personas

con Discapacidad del DIF municipal, Subdirección de Atención y Representación Jurídica de Niñas, Niños y Adolescentes, Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) y Manos, vida y amor, asociación civil.

Configuraciones del trabajo de cuidados de población en situación de discapacidad y/o enfermedad

A continuación, se desglosan las categorías reconocidas en el análisis de contenido como las más consolidadas.

A) Cobertura de los cuidados y formación de las cuidadoras de la población en situación de discapacidad y/o enfermedad. Al respecto, se analizaron las quejas y las demandas de las familias con niños y niñas en situación de discapacidad en torno a la cobertura institucional y a las características del cuidado que reciben en las instituciones vinculadas a la formación de las cuidadoras.

Sobre la capacidad del Estado para ofrecer servicios de cuidado a niños y niñas en situación de discapacidad y/o enfermedad, los funcionarios y las funcionarias e integrantes de instituciones públicas consideran que es insuficiente la capacidad del Estado para proporcionar los servicios de cuidados a dicha población. Entre las causas de esta insuficiencia institucional identificadas por el funcionariado está la insuficiencia de los recursos económicos destinados al cuidado y, a su vez, la creciente demanda de la población en situación de discapacidad y/o enfermedad.

Los recursos no son suficientes. Históricamente, el tema del cuidado de las personas con discapacidad ha recaído en las familias, después en las organizaciones civiles conformadas por familias. La familia comienza a echarle muchas ganas, pero después se van terminando los recursos emocionales, sociales, las redes sociales y los recursos económicos, y eso deja en un estado de vulnerabilidad tremenda a las personas con discapacidad (funcionario, GFI).

Definitivamente creo que no es suficiente; obviamente, la población va creciendo, las demandas van creciendo de acuerdo con las necesidades de cada persona, ya sea persona con discapacidad o, bien, que sea una persona

con una enfermedad. Yo creo que sí es importante generar una estrategia en conjunto con los que aquí estamos participando e invitar a más personas, para que nos ayuden a llegar a la mayor población, porque sí es muy difícil atender a todos (funcionario, GF1).

Parte de la problemática es la dificultad de proporcionar acogimiento residencial a niñas, niños y adolescentes que padecen alguna enfermedad como cáncer y VIH, debido al estigma de dichas enfermedades. En consecuencia, hace falta mayor sensibilización de las funcionarias, los funcionarios y de las personas trabajadoras de instancias gubernamentales respecto a la población infantil y juvenil que presenta alguna enfermedad inmunológica, como sida.

Estamos un poco limitados como Estado. Lo digo, desde la parte de que la procuraduría se encarga de brindar el apoyo y el acogimiento residencial a niños, niñas y adolescentes que por una situación de violación de sus derechos se ven con la necesidad de omitir el cuidado de sus padres, y por lo general, pues, lo más difícil es poder darles este albergue o este acogimiento residencial a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en este tipo de situación, hablemos de cáncer, hablemos de sida, es muy complicado (funcionario, GF1).

Las personas participantes hicieron énfasis en la falta de coordinación entre las instituciones gubernamentales y las asociaciones civiles que brindan apoyo a niños y niñas en situación de discapacidad y/o enfermedad. En este sentido, algunas asociaciones civiles se encargan de proporcionar apoyo económico para los traslados de niños y niñas con discapacidad y/o enfermedad, no obstante, como lo señalaron, reciben poco apoyo de las instancias gubernamentales y consideran necesario tener mayor interacción en beneficio de la población receptora de cuidados.

Los DIF municipales proporcionan transportes y, pues, es insuficiente, o tal vez la coordinación es la que no está correcta, y hace mucha falta. En nuestra A.C. apoyamos con boletos de autobús, o las cuotas que pagan por los traslados [...] desde la Huasteca. Entonces, la capacidad del Estado para ofrecer servicios en el campo, que nosotros vemos, pues es insuficiente (sociedad civil, GF1).

B) Perfil, formación y características de las cuidadoras. Acerca del perfil, formación y características idóneas de las cuidadoras y cuidadores de niños y niñas en situación de discapacidad y/o enfermedad, en las narrativas recuperadas se encontraron elementos poco mencionados en las políticas públicas y en los perfiles laborales de las personas trabajadoras del cuidado, como lo es la vocación, el amor, el respeto y los conocimientos en tanatología. Las y los participantes coincidieron en que, antes que nada, es necesario tener vocación para cuidar de otras personas, ya que una persona sin vocación podría ejercer violencia contra la persona receptora de cuidados.

Deben tener vocación, deben tener conocimiento de las patologías diferentes; como decían las compañeras, deben tener conocimientos de cuidados paliativos, en tanatología, y que tuvieran capacitaciones constantes como una especie de certificación, y también valorar que esa persona realmente atienda muy bien a esa persona que está cuidando y que no se llegue al maltrato (trabajadora de la salud, GF1).

Atender a la gente de acuerdo con cada condición o situación que se presente y, sobre todo, ser muy honestos y leales con lo que hacemos, y respetando y con mucho amor por lo que se hace. Es lo que yo te tendría que decir (trabajadora de la salud, GF1).

Las personas participantes señalaron que un cuidador o cuidadora formal tiene que contar con una especialización, licenciatura o carrera técnica en enfermería u otra rama de las ciencias de la salud, así como contar con las habilidades, las competencias y los conocimientos para atender las necesidades específicas de la población en situación de discapacidad y/o enfermedad, debido a que cada persona presenta características distintas y, por lo tanto, necesita de cuidados muy específicos, que no cualquier persona puede proporcionarles.

Que cuente con las habilidades, competencias y conocimientos para atender las propias necesidades de esta enfermedad, es decir que, por ejemplo, si el niño tiene cáncer y necesita alguna transfusión, hacérsela o saber de algún medicamento (funcionario, GF1).

La especialización es importante; tú no puedes tratar igual a un niño con cierto padecimiento que a otro que, a lo mejor, puede implicar más una cuestión psicológica y que a otro que, a lo mejor, tiene una cuestión más física (funcionario, GF1).

Podría decir yo, como enfermera, que el perfil sería que sea una enfermera licenciada que tenga el conocimiento un poco más amplio. Desgraciadamente, en algunos lugares, por las políticas de la institución, muchas veces contratan personal auxiliar, que, aunque están bien preparados, en ocasiones les falta un poquito más (trabajadora de la salud, GF1).

A su vez, se habló de la importancia de que una persona cuidadora tenga conocimientos de tanatología para que pueda brindar contención emocional a las y los familiares y a las personas receptoras de cuidados que presentan alguna enfermedad como cáncer o sida, o algunas discapacidades severas. De igual forma, los conocimientos de tanatología son necesarios para la contención emocional de la persona cuidadora, ya que es difícil que no se creen vínculos afectivos entre la cuidadora o cuidador y la persona que recibe los cuidados.

Consideramos que la tanatología es fundamental para escuchar, para observar las necesidades que van teniendo en el transcurso de la enfermedad, y pensamos que así podemos brindarle un poquito más de apoyo (sociedad civil, GF1).

C) Instituciones formadoras de cuidadoras formales y no formales. En cuanto a las instituciones implicadas en la formación de las cuidadoras en el estado de San Luis Potosí, las y los participantes del grupo focal mencionaron las instituciones y los programas gubernamentales encargados de formar a cuidadoras formales y no formales que se enlistan en el cuadro 22.

Además de las universidades y escuelas técnicas como instituciones formadoras de cuidadoras formales, las personas participantes refirieron otras instituciones o programas gubernamentales dedicados a formar cuidadoras no formales en el estado de San Luis Potosí. A su vez, coincidieron en la importancia de que algunas instituciones certifiquen a cuidadoras no formales.

CUADRO 22
 INSTITUCIONES FORMADORAS DE CUIDADORAS FORMALES Y NO
 FORMALES EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ MENCIONADAS POR
 INTEGRANTES DEL GRUPO FOCAL

Instituciones formadoras de cuidadoras no formales	Instituciones formadoras de cuidadoras formales
DIF	Escuelas técnicas de enfermería
Programa CONOCER	Universidades
Hospital Central	

Fuente: elaboración propia.

El DIF forma cuidadores de adultos mayores, también algunas escuelas técnicas de enfermería tienen cursos de cuidadores. Pero sí sería como una revisión de los programas que tienen esos cursos de cuidadores para analizar si tienen un perfil adecuado, homogeneizado, para las necesidades de todos nuestros pacientes; sería importante revisar eso (trabajadora de la salud, GF1).

Hay lugares e instituciones que se dedican a certificar estas competencias, no tanto a nivel académico, sino más bien habilidades, conocimientos y actitudes que pueden ser certificados. Lo menciono porque yo formo parte de estos evaluadores de CONOCER y sé que están esos estándares, y no necesariamente necesitas tener una escolaridad (funcionaria, GF1).

Están las escuelas técnicas y universidades. Por ahí he tenido la oportunidad de participar con cuidadores a domicilio. En el curso que se da en el Hospital Central se enfocan un poquito más hacia el adulto mayor, pero también se apertura a lo que son niños con este tipo de padecimientos de los que estamos hablando (trabajadora de la salud, GF1).

D) Distribución de la oferta de cuidadoras de niñas y niños en situación de discapacidad y/o enfermedad en las cuatro regiones del estado de San Luis Potosí. Se identificó que la mayoría de los servicios de atención de la salud y el cuidado de niñas y niños en situación de discapacidad y/o enfermedad se encuentra concentrada en la ciudad de San Luis Potosí, aunque se mencionaron algunas dependencias encargadas de proporcionar el servicio de cuidados a niños y niñas con discapacidad y/o enfermedad ubicadas preponderantemente en los municipios del estado, que

se encargan también de canalizar a la población hacia las instituciones pertinentes ubicadas en la capital del estado. Estas instituciones son las siguientes: Hospital Central, CREE, AMANC, DIF y Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR). La mayoría de las personas participantes hizo énfasis en la falta de cobertura de atención a personas con discapacidad y/o enfermedad en los distintos municipios que conforman el estado de San Luis Potosí. Esta falta de cobertura ha ocasionado la movilización constante de población de comunidades y municipios hacia la capital del estado con el fin de recibir atención médica y rehabilitación, lo que implica considerables gastos monetarios y esfuerzos para el grupo familiar de las personas con discapacidad.

En la mayoría de los municipios existe algún DIF o una institución pública que pueda brindar el apoyo. No sé en qué alcance lo brinden, sin embargo, yo creo que muchos de estos recaen en instituciones que se encuentran aquí en la capital, el Hospital central y el CREE (funcionaria, GF1).

Cuando menos en mi campo, en cáncer, todos vienen a atenderse a la ciudad de San Luis, y aquí sería donde adquirirían las capacidades o conocimientos en cuestión de cuidados (sociedad civil, GF1).

En los municipios no lo hay. Te digo, he podido tener un poquito de acercamiento con algunas personas y tienen que recurrir con alguna persona aquí, a la capital, para encontrar ese tipo de ayuda (trabajadora de la salud, GF1).

Asimismo, se señaló que es el grupo familiar el que, en muchas ocasiones, subsana la falta de cobertura de atención de las instituciones en las comunidades rurales e indígenas más alejadas a la capital del estado.

Si nos vamos a una comunidad, allá las familias, unas a otras, se echan la mano, como dicen comúnmente ellos; se apoyan en las demás familias para satisfacer la necesidad de una persona, enfocándolo en discapacidad, que se haga cargo, y, por ejemplo, las unidades básicas rurales que tiene el DIF, y a donde se acercan todas esas familias que están viviendo una discapacidad y la asesoría o bien el programa de casa que se les está manejando, el hecho de que la unidad básica haga la vinculación aquí, al CREE o a otra institución, para satisfacer sus necesidades (trabajadora de la salud, GF1).

*Condiciones laborales de las cuidadoras
de niños y niñas en situación de discapacidad*

A) Reconocimiento y remuneración del trabajo de cuidados de niños y niñas en situación de discapacidad y/o enfermedad. Cada una de las personas participantes consideró que no se reconoce ni remunera adecuadamente el trabajo de las cuidadoras, debido a distintas causas, entre las cuales se mencionaron el tipo de profesionalización de la cuidadora. En este aspecto, refirieron que el reconocimiento y la remuneración económica de las cuidadoras formales es mayor o menor en función del grado de profesionalización; por lo tanto, una enfermera con especialidad percibe mayor sueldo que una técnica en enfermería o una cuidadora no formal.

Si contratas, por ejemplo, a una enfermera, pues te va a salir más caro; mejor contrata a una técnica o a una asistente, por ejemplo. Entonces, yo creo que ahí va a depender de la situación económica de la familia (funcionaria, GF1).

De igual forma, señalaron que hacen falta tabuladores que regulen el pago del trabajo de cuidados. Estos tabuladores deben considerar las características de la persona a cuidar (edad, tipo de enfermedad o discapacidad) y las actividades que se desarrollarán. De igual modo, se considera que el tabulador debe regular los salarios en función de las horas de trabajo.

Definitivamente no se reconoce ni se remunera adecuadamente. Debería, una vez que existiera los perfiles adecuados, haber, a lo mejor, una representación de esas personas cuidadoras, para saber qué tabuladores deben manejarse porque se puede caer en el abuso, probablemente tanto de la persona que les paga como la persona que cuida (trabajadora de la salud, GF1).

En lo familiar, se explicó que el reconocimiento de las cuidadoras es nulo debido a que el cuidado es visto y asumido como una obligación y deber femenino, que es desarrollado principalmente por las madres de familia u otras integrantes de la familia (abuelas, hermanas, tías). Esta

naturalización del trabajo de cuidados ha tenido como consecuencia la invisibilidad y la infravaloración de dicha actividad dentro de los espacios privados (hogares), y, por consiguiente, las mujeres cuidadoras no formales carecen de un sueldo o prestaciones laborales por desarrollar dicho trabajo.

B) Contratación, salario promedio y prestaciones de las cuidadoras formales y no formales.

Yo creo que no se reconoce adecuadamente, ni siquiera a veces en la familia. En la familia, muchas veces se piensa que es una obligación; entonces, en ocasiones, se reconoce no siempre. Y en cuanto a la remuneración, igualmente, de manera particular pienso que es difícil, por las condiciones económicas (trabajadora de la salud, GF1).

Yo creo que no se reconoce y no se remunera. Se reconoce en cuanto que es a la mamá que le toca atender al niño, traerlo a las consultas y a sus tratamientos. Yo no creo que reciban ni ningún tipo de reconocimiento o remuneración (sociedad civil, GF1).

No se reconoce la labor al cien por ciento, sobre todo más cuando es a nivel familia; los demás abusamos, dejamos, toda la responsabilidad en quien lo cuida, porque se piensa que sin él no vive, sin ella no vive, por eso se queda ahí y se van alejando, los van dejando solos con toda la carga (trabajadora de la salud, GF1).

Acerca del tipo de contratación, salario promedio y prestaciones (vacaciones, pago de horas extras, aguinaldo, estímulos, ascensos, jubilación, etcétera) de las cuidadoras, las personas participantes coincidieron en que no existe una normativa que regule y especifique el salario, prestaciones y las actividades de las cuidadoras. A su vez, enunciaron algunas propuestas o sugerencias para mejorar la contratación, el salario y las prestaciones de las cuidadoras formales y no formales. Una de estas propuestas es la posibilidad de que el Estado y la familia compartan los gastos para solventar la contratación de una cuidadora. En este sentido, países de América Latina como Perú, Chile o Uruguay han puesto en práctica programas de asistencia a familias que tienen integrantes con discapacidad y/o enfermedad. Dicha asistencia consiste en pagar a una

persona cuidadora una a tres veces por semana, para aligerar la carga física y emocional del cuidador o cuidadora primaria dentro del hogar.

Lo que cobra el cuidador a la familia podría ser bipartido, es decir, entre la familia y el gobierno, en este caso el gobierno del estado. Nosotros recibimos un recurso federal con el que compramos sillas de ruedas y apoyamos con sillas de ruedas a las familias, pero si las familias dicen “sabes qué, no me apoyes con una silla de ruedas, mejor apóyame con un veinte por ciento del pago del servicio del cuidador”, yo creo que podríamos organizar y realizarlo (funcionario, GF1).

En Perú tienen una dinámica de que le pagan a la mamá que cuida a su hijo con autismo, por ejemplo, pero si quiere recibir el salario tiene que cuidar a un hijo que no sea el suyo; entonces, se van rotando. En vez de cuidar al mismo niño toda la vida, cuida a un niño con autismo seis meses y luego se va a cuidar a otro niño con autismo, y el que no sea su propio hijo evita situaciones de violencia (funcionario, GF1).

También se señaló la importancia de la elaboración de un contrato que especifique las características y las prestaciones del trabajo de cuidados, con la finalidad de evitar la explotación y desvaloración del trabajo de cuidados en el mercado laboral. Asimismo, se consideró importante establecer un perfil del tipo de cuidados y la remuneración para cada uno de ellos, ya que, en muchas ocasiones, las cuidadoras formales o no formales realizan actividades que no corresponden al trabajo de cuidados. En este sentido, se mencionó que, en muchas ocasiones, las cuidadoras formales o no formales, además de cuidar de la persona con discapacidad y/o enfermedad, realizan otras actividades como limpiar la casa, lavar la ropa o cocinar, muchas veces bajo el mismo salario, lo que representa una explotación laboral para las trabajadoras del cuidado.

Sucede mucho eso que comentaban, que ponen a las cuidadoras a hacer otro tipo de tareas que no son precisamente del cuidado. Entonces sí debe ser muy estricto, muy cuidadoso, con la contratación de estas personas; no quiero decirlo así, pero se abarata el mercado (sociedad civil, GF1).

Como decía la compañera, pues se abaratan estos servicios, porque, pues, yo soy licenciada, soy enfermera, tengo esto, pero nadie me contrata,

y, pues, en lugar de cobrar 500 cobro 200, porque de cobrar 200 a no cobrar nada, pues me quedo con los 200. Entonces, yo creo que también va en función del lugar de trabajo que no es lo mejor, no es lo justo (funcionaria, GF1).

Se hizo énfasis en que se debe especificar en el contrato el tipo de cuidados que la persona receptora necesita, en función de los cuales se deberá tabular el costo de los servicios que esa cuidadora proporcionará. Si una persona requiere una asistencia total, el salario de la trabajadora debe ser mayor, y si una persona solicita una asistencia parcial, el salario de la cuidadora será menor.

Una persona que es totalmente dependiente va a requerir de mucha más asistencia que, por ejemplo, alguien al que solamente van a leerle, a peinarla, a cuidarla; o sea, la exigencia de ese tipo de cuidados es mucho más leve a alguien que necesitan estarle administrando medicamentos en ciertas dosis. (trabajadora de la salud, GF1).

Otro elemento recuperado respecto a las condiciones laborales de las trabajadoras del cuidado es la importancia de proporcionarles un seguro de cuidadoras del hogar, por medio del cual puedan recibir atención médica y tengan acceso a otros beneficios como préstamos hipotecarios y otros. En este punto, es importante reflexionar sobre quiénes cuidan a quiénes nos cuidan, en virtud de que, en muchas ocasiones, las mujeres cuidadoras no cuentan con seguro social y, por lo tanto, tienen dificultades para atender su salud e integridad física.

Darles seguro a las personas que trabajan en casa, seguro de cuidadoras del hogar (trabajadora de la salud, GF1).

C) Demandas laborales de las cuidadoras. Respecto de las demandas laborales de las cuidadoras, si tienen organizaciones, sindicatos, si hay una rotación alta en las instituciones encargadas de brindar cuidado a población en situación de discapacidad y/o enfermedad, las y los participantes señalaron que conocen solo algunas conformadas por

trabajadoras del cuidado, las cuales operan bajo la constitución legal de colegios de enfermeras. No obstante, desconocen la existencia de sindicatos de trabajadoras del cuidado. En cuanto a las demandas laborales, señalaron que hay mucho personal trabajador formal del cuidado que labora bajo contrato y no cuenta con un trabajo base; esto quiere decir que no cuentan con las prestaciones suficientes para realizar un trabajo en condiciones dignas e igualitarias.

El colegio de enfermería en aquellos ayer es era precisamente una de sus funciones ayudar a la contratación en particular, y se tabulaban, se hacía un tabulador para precisamente saber cuáles eran los honorarios de acuerdo a si eras una auxiliar, una enfermera general o ya con licenciatura profesional (trabajadora de la salud, GF1).

Yo he tenido contacto con cuidadores para personas con Alzheimer o con demencia senil, ya con adultos mayores, y sí hay algunas organizaciones que los capacitan y les ayudan en la contratación, etc., pero, bueno, de niños yo no conozco ninguna, no sé si existan (sociedad civil, GF1).

A partir de las respuestas de los actores sociales sobre las demandas laborales y sindicales de las trabajadoras del cuidado, es posible señalar que hacen falta organizaciones sindicales de trabajadoras del cuidado. Además, es insuficiente el número de plazas laborales para dichas trabajadoras, tanto en instituciones públicas como privadas, y persiste la carencia de normativas en materia de derechos laborales de las trabajadoras del cuidado.

En cuanto a las demandas laborales, hay mucho personal de la salud que está bajo este tipo de contrataciones: no tienen un trabajo establecido en alguna institución, no tienen sindicatos como tal (trabajadora de la salud, GF1).

La verdad desconozco que exista algún sindicato. Probablemente puedan formar, las cuidadoras que tengan alguna profesión, pueden formar parte de algún colegio, es decir, del colegio de enfermeras, del colegio de trabajadoras sociales; sin embargo, no creo que exista un sindicato como tal (funcionara, GF1).

ASILOS Y CUIDADORAS DE PERSONAS ADULTAS MAYORES

Los cuidados de las personas adultas mayores han sido, en su mayoría, delegados a las propias familias y a instancias como los asilos o estancias particulares; de primera fuente, era clara la falta de una política pública dirigida hacia las adultas y adultos mayores, enfáticamente al tema de cuidados y, primeramente, tener una idea clara y armonizada de lo que significan los cuidados y quiénes son responsables de estos. Habría que hacer una consideración de dónde se encuentran estas personas adultas mayores y sus necesidades, de ahí la importancia de hacer un llamado a aquellas personas cuidadoras e instituciones que estén relacionados con el tema.

Es importante darles voz a las instancias cuidadoras de las personas adultas mayores y a las necesidades que tienen, antes y durante la COVID. Las necesidades de las instancias son variadas y atienden a cuestiones particulares, tales como el contexto, la población, los ingresos económicos y los vínculos con otros actores en el tema. Aquí cabe mencionar que las instituciones no tienen un enfoque claro y puntual de los cuidados de las personas adultas mayores ni de sus responsabilidades con este grupo de atención. En San Luis Potosí, según el *Diagnóstico del envejecimiento demográfico del estado de San Luis Potosí*, existen alrededor de 335 174 personas adultas mayores, las cuales se encuentran distribuidas, en temas de cuidados, con cuidadoras formales e informales. Atendiendo la encuesta realizada, quienes están a cargo de este grupo, en su mayoría, son las cuidadoras informales, ya que cerca de 23 por ciento de las cuidadoras están a cargo de personas adultas mayores, según la Encuesta de Cuidadoras Formales e Informales en San Luis Potosí.

La situación de las personas adultas mayores requiere ser atendida por el Estado. La mayoría de los lugares que reciben y cuidan a este grupo tiene personal sin profesión y que no se dedica de tiempo completo al trabajo de cuidado. Solo 1.5 por ciento de las cuidadoras formales encuestadas labora en asilos. En ese sentido, han obtenido experiencia en cuidados y se encuentran limitadas en recursos y conocimientos indispensables para la atención de estas personas. Son diversos los aspectos con los que cuentan las instancias de cuidados de personas adultas mayores y que responden a las dinámicas de atención que les brinda el Estado y los apoyos económicos de las familias de las personas beneficiarias y de las diversas asociaciones civiles que aportan a dichas instancias.

Para conocer de primera mano el panorama de las cuidadoras de personas adultas mayores se proyectó la realización de un grupo focal. Se extendió la invitación tanto a instituciones de gobierno relacionadas con la atención de las personas adultas mayores como a asilos privados, al único asilo de atención gubernamental y a asilos dependientes de asociaciones civiles. Fueron estos últimos, representantes de asilos coordinados por asociaciones civiles, quienes participaron en este ejercicio y una persona encargada del curso para cuidadoras que se ofrece en el Hospital Central. Ello es representativo de la distribución de los cuidados a personas adultas mayores en la capital, donde se identificaron siete estancias privadas de cuidado a tiempo completo, ocho de asociaciones civiles (la mayoría coordinadas o apoyadas por congregaciones religiosas) y una de coordinación estatal.

Los asilos que fueron representados tienen condiciones distintas en cuanto a la conformación, los recursos y el perfil de las personas atendidas. Mientras que en uno se atiende a personas que son acompañadas y visitadas por sus familiares, quienes además pagan una cuota por la estancia, hay otro que atiende a personas en condición de abandono, que, por lo tanto, no cuenta con un aporte financiero desde las y los residentes, sino que, más bien, debe sostenerse con ingresos externos, donaciones y trabajo voluntario en algunos de los cuidados que se les proporcionan a las personas que ahí habitan.

También se contó con la presencia de la coordinadora del curso para cuidadoras formales, dependiente de la Especialidad en Geriátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, que se imparte en el Hospital Central, quien es una pieza fundamental en el tema de cuidados a personas adultas mayores en el estado, dado el grado de experiencia y desenvolvimiento que tiene en este ámbito.

En cuanto a la recuperación económica, en el grupo de trabajo se mencionó que las estancias localizadas en San Luis cuentan con una cuota de recuperación propia de beneficiarios y beneficiarias, que auxilia para cubrir necesidades básicas; sin embargo, esas cuotas no se disponen para todas las necesidades. Tan solo las atenciones médicas especializadas deben ser cubiertas de manera directa por las personas beneficiarias. Unas estancias cuentan con personal de enfermería y en aquellas de mayor costo se cuenta con médicas y médicos especializados en cardiología, psicología, fisioterapeutas, entre otros.

Las personas participantes evidencian la falta de personal especializado en el cuidado de este grupo poblacional y subrayan la imperante necesidad de contar con una política pública que considere las necesidades inmediatas y básicas. La mayoría de las estancias son servicios particulares y de personas cuidadoras no formales, lo que revela una carencia de personal especializado y una detentación económica para poder acceder a los cuidados de manera integral. La mayoría del personal que integra las estancias son mujeres cercanas a la comunidad o el espacio en que se encuentran estas, por lo que se consideran espacios generadores de empleo para las mujeres de la zona y un lugar de atención para adultos y adultas mayores.

Otro aspecto a considerar es que las instancias no cubren el total de la población, pues cada instancia alberga alrededor de 40 a 60 personas adultas mayores, por lo que hay una cifra considerable de personas que se quedan sin cuidados y atención. Esto se deduce de las llamadas telefónicas o visitas a las estancias, en las que, por el número de cuidantes que tienen, no pueden atender a más y les canalizan a otras estancias conocidas (que en realidad son pocas). En general, la falta de espacio y de personal es el determinante para rechazar el ingreso de más personas. En algunas estancias, la dinámica de “turnarse” entre quienes trabajan es una opción ante la falta de personal. Al respecto, cabe anotar que la necesidad de personal es alta, debido a que la toma de medicamentos, los ejercicios, la compañía, la escucha, la ingesta de alimentos, la limpieza personal y de cama y de los espacios, la preparación de alimentos, por mencionar algunos, requieren atención inmediata y directa para todas las personas. Así, ante una población de más de 30 personas, el número de cuidadoras que se requiere es alto.

En este aspecto, se considera imperante la necesidad de crear espacios con óptimas condiciones y personal capacitado para ello. La mayoría de las mujeres que cuidan no tienen una preparación para ello; además, es un trabajo extra o poco remunerado, lo que provoca condiciones laborales desfavorables para ellas. Algunas estancias hacen labor de cuidados por servicio y no por considerarlo un cuidado. Esto influye en el hecho de que la mayoría sean cuidadoras no formales y no sean consideradas como tales. A sabiendas de que realizarán trabajos de cuidados, algunas son contratadas como afanadoras.

En las estancias se cuenta con instrumentos o reglamentos que auxilian a entender la organización y la distribución de actividades dentro de estas, así como las necesidades que cubren y el personal que requieren para hacerlo. De esta manera, se potencializa la organización y se descubren las necesidades que hay que satisfacer; por ejemplo, la rutina de cada persona es distinta y sus actividades diarias en la estancia requieren de personal especializado en geriatría, estilismo, nutrición, por mencionar algunos necesarios. Las cuidadoras tienen que aprender esos cuidados y ponerlos en práctica con inmediatez, lo que es posible que les provoca estrés, pero, a la vez, un sentido de permanencia en el espacio.

Otra actividad que realizan las cuidadoras, además del tratamiento en los cuidados particulares, es la referente a la capacitación que se les da a modo de curso normalmente a las mujeres cuidadoras que ya se encuentran laborando y las nuevas mujeres que se integran, ya sea por medio de servicio social o de voluntariado o por la búsqueda laboral de mujeres que viven a poca distancia de la estancia; otras más son enviadas del Hospital Central, donde también se imparten cursos y capacitación en el tema de cuidados a las personas adultas mayores. Bajo estas consideraciones, las personas de las estancias consideran necesaria la presencia de personal especializado, y no de buenas intenciones, ya que las personas adultas mayores necesitan cuidados especiales. Con base en la encuesta, solo ocho por ciento de las cuidadoras formales atiende a grupos de adultos y adultas mayores. En realidad, son pocas las cuidadoras formales en este sector, lo cual comprueba lo dicho por las estancias acerca de que la mayoría de estas tienen cuidadoras informales.

Un requerimiento más se refiere a las visitas que realiza la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para la regulación y anotación de las necesidades en las estancias, y a la generación de insumos para la creación de programas de apoyo a este sector. Asimismo, se requieren psiquiatras, porque un alto número de personas adultas mayores tienen problemas mentales, que se confunden con actitudes crónico-degenerativas, lo que pone en riesgo a las cuidadoras, pues estas se exponen a conductas agresivas o a presiones de mayor atención, y es necesario cubrir necesidades especiales o con un alto grado de atención y riesgo, por ejemplo, la toma de medicamentos. Además, las cuidadoras sufren actitudes de las personas adultas mayores que las

dañan mentalmente, por los episodios de demencia, alucinaciones o paranoia que presentan, y al no tener conocimiento del tratamiento adecuado se ven trastocadas.

Se rescata la idea de dar capacitaciones a las cuidadoras. En la mayoría de los casos, las cuidadoras actúan por sentido común, por lo que es imperante que se actualicen y reciban talleres en temas de cuidados y acompañamiento por parte de especialistas en temas puntuales, como fisioterapeutas; en temas como el manejo de emociones, las repercusiones de estas en la salud, la solidaridad con las personas adultas mayores y el entendimiento de la manera en que se sienten en el espacio y lo que necesitan. Esto sería beneficioso para las cuidadoras y las personas adultas mayores. Capacitaciones como las creadas en el Hospital Central son rescatables en la comunidad de estancias, ya que son completas, pero no llegan a todas las cuidadoras.

También se debe considerar el lazo afectivo que se tiene con las personas que se cuidan. La mayoría de las veces se fortalece la afectividad, interviniendo en la atención que se brinda. De acuerdo con la encuesta, un elevado número de cuidadoras logra establecer un lazo afectivo con la persona que cuida, por lo que también se debe cuidar ese aspecto en la atención a cuidadoras, aún más con personas adultas mayores y que, por su condición, son propensas a sufrir enfermedades o la muerte, lo que afecta a la comunidad de la estancia y el estado de ánimo de las cuidadoras.

Aunado al tema de la capacitación, es menester rescatar la trayectoria y antigüedad de las cuidadoras. Si bien, la mayoría se atiende por servicio social o voluntariado, sí existen cuidadoras que han dedicado toda su vida a la labor de cuidados. En algunos espacios hay cuidadoras con más de 17 años en ese trabajo que no cuentan con las prestaciones de ley; en otras estancias, llegan a estas por servicio social y no duran mucho tiempo, lo que ocasiona poca especialización. Además, las condiciones que ofrecen para el trabajo obligan a considerarlo como un trabajo extra. También hay cuidadoras que tienen muchos años trabajando en las estancias, pero esto se debe, en mayor medida, a la cercanía entre la estancia y la casa o lugar donde viven. Muchas condiciones alejan a las cuidadoras y provocan que dejen los espacios de las estancias, no se considera como un trabajo activo y bien remunerado.

Las jornadas de trabajo son extensas y muy pesadas por la saturación de actividades. El desgaste físico ocasionado por atender a las personas adultas mayores es elevado; actividades como la limpieza personal o el traslado de una sala a otra implican un esfuerzo físico mayor de las cuidadoras. No cuentan con un horario fijo y las jornadas y turnos se alternan. Las jornadas son aplicadas para las cuidadoras formales y no formales dentro de la estancia. El poco personal genera que las cargas de trabajo sean pesadas, con actividades diversas y en atención a todas las personas mayores. La jornada de trabajo extensa puede provocar que la atención de las personas adultas mayores sea menor o de menor calidad, por consideraciones normales de desgaste físico. Asimismo, como se mencionó líneas arriba, para la mayoría, son trabajos alternos, por lo que atienden sus actividades primarias, implicando doble jornada laboral.

En las estancias en que se cobran mensualidades, estas aportaciones se destinan a salarios y a la satisfacción de las necesidades del lugar. También existen estancias privadas que sí cuentan con prestaciones de ley y salarios fijos para las cuidadoras y, en menor medida, para el personal afanador. Los y las participantes coinciden en que no son salarios altos y en que estos implican jornadas de trabajo extensas que no son equivalentes al salario cubierto. Si bien el personal afanador cuenta con un pago mensual fijo, este no es asimilable a sus jornadas ni a las actividades realizadas.

En el grupo focal no se identificaron redes u organizaciones de cuidadoras, salvo agencias de *outsourcing*, de las cuales no se reconoce alguna en específico, y el curso para cuidadoras que se imparte en el Hospital Central, que funge como banco de contactos para reclutar personal. Uno de los participantes mencionó una red de asilos, cuyo funcionamiento y parámetros de inclusión desconoce.

En cuanto al conocimiento de las personas participantes, los grupos de cuidadoras que forman parte de redes sociales son útiles para dar difusión sobre el requerimiento de servicios de cuidado privado, pero no se han articulado como un gremio para el cumplimiento de objetivos comunes. No obstante, reconocen que los cambios en materia de políticas públicas redundarían de modo directo en su experiencia de cuidado.

Una de las personas que participaron en el grupo focal opina que antes de elaborar una propuesta de política pública tendría que hacerse una

evaluación de “necesidades básicas de las cuidadoras” como el descanso y el apoyo en el cuidado de la salud mental. En este sentido, otra de las participantes habla de observar el desgaste físico y emocional de las cuidadoras, así como el tiempo personal y familiar que se ve comprometido en este tipo de labores, lo cual resulta significativo en vista de que 29 por ciento de las cuidadoras formales respondió que el tiempo dedicado diariamente a las labores de cuidado que es de más de 12 horas.

Repetidamente se menciona la atención a la salud mental. La gráfica del estudio sobre la relación afectiva de las cuidadoras formales con las personas cuidadas muestra que 61 por ciento está totalmente de acuerdo y 37.1 por ciento está de acuerdo en que se establece una relación afectiva, lo cual debe tomarse en cuenta cuando se habla de la importancia de tener un apoyo psicológico para sobrellevar las enfermedades degenerativas o la muerte.

Es tanto con las demencias como la pérdida, porque también la depresión se viene mucho de cuánto te encariñas con el adulto mayor a quien estás cuidando y llega el momento de fallecimiento, y esto desgasta mucho a una cuidadora que psicológicamente no tiene esa fortaleza para enfrentarse a los cambios conductuales, a las pérdidas o a la simple comprensión.

Otra de las aportaciones en este tema se encamina a la propuesta de que se realice un examen riguroso de las causas por las cuales las personas adultas mayores se ven en ocasiones desprotegidas o expulsadas de la familia y de los recursos legales que podrían existir para evitar de manera efectiva que esto suceda.

LOS SERVICIOS DE CUIDADO DURANTE LA PANDEMIA

Los agentes infecciosos como los virus han cobrado relevancia en la trayectoria histórica de las sociedades porque producen eventos extraordinarios como las epidemias y pandemias, desde la Yersina Pestis causante de la peste negra en el año de 1347 hasta el SARS-COV-2 asociado a la pandemia de COVID-19 acontecida entre los años 2019 y 2020.

La pandemia de COVID-19 ha trastocado la vida de los seres humanos en la esfera mundial produciendo una crisis y un colapso globales de los sistemas de salud. Sobre todo, esta ha generado una creciente demanda del trabajo de cuidados; millones de trabajadoras y trabajadores de la salud y del cuidado se encuentran haciendo frente a esta nueva enfermedad. Por lo tanto, es importante analizar las afectaciones en el servicio de cuidados ofrecido a poblaciones vulnerables a causa de la pandemia de COVID-19, así como identificar los retos a los que las instituciones han hecho frente y el tipo de acciones emergentes emprendidas para seguir atendiendo y brindando el servicio de cuidados.

En el último bloque de los grupos focales se abordó la situación de las instituciones durante la pandemia de COVID-19. En este apartado se hará una breve descripción de los servicios que ofrecen para cada población.

LA PANDEMIA Y LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO DE PRIMERA INFANCIA

En el contexto generado por la pandemia de COVID-19, las acciones de cuidado a niñas y niños de la primera infancia, que por su naturaleza se realizan de manera presencial, se vieron afectadas con la suspensión –para evitar contagios– de actividades y el cierre de los Centros

de Atención Infantil desde el 17 de marzo de 2020, y hasta la fecha de elaboración de este documento. En consecuencia, en general, las cuidadoras no están asistiendo a sus centros de trabajo y se encuentran laborando en sus casas.

Están en sus casas; no se ha tenido actividad presencial más que en actividades esenciales. Cuando se tiene alguna actividad que *sí* se tiene que asistir, se trata de que sea con el cuidado. Si son personas vulnerables, no asisten. La atención y el servicio lo están haciendo desde su casa de manera virtual. Es algo que se está cuidando para no correr el riesgo de algún contagio (DEI)

La estabilidad laboral y el sueldo de las cuidadoras en el contexto de la pandemia por COVID-19 no se han visto afectados, ya que, más bien, dependen del tipo de contratación de cada persona en particular. De manera indirecta, los ingresos se han visto afectados, ya que los gastos adicionales para atender a los niños, niñas y sus familias, tales como internet, telefonía, equipo de cuidado para la salud, copias, entre otros, son cubiertos con los recursos propios.

El reto principal en este contexto ha sido la continuidad del cuidado y la atención de las niñas, niños y sus familias a la distancia. Esta atención se ha realizado con el apoyo del programa de televisión “Aprende en casa”, en dos modalidades, virtual y presencial, con visitas esporádicas a las localidades.

Este programa de televisión está diseñado y conducido por un equipo de especialistas en el cuidado de niñas y niños de 0 a 3 años, que tienen una planificación de actividades para realizar en casa a partir de las cuales se organiza el trabajo de acuerdo con las necesidades y características de las niñas y los niños que las cuidadoras tienen a su cargo. En la elaboración de los guiones se tiene la participación de dos educadoras del Departamento de Educación Inicial.

Tenemos dos personas que están apoyando en esos guiones (de los programas), están haciendo toda una planeación y desmenuzando el programa de educación inicial para que pueda llegar a las familias a través de la

televisión. Aparte de que están esos programas, todavía las maestras hacen su planeación más específica para cada uno de los niños; también están *dándoles asesoría directa y personal para ayuda de las familias* (DEI).

Cabe señalar que, aunque “Aprende en casa” se transmite por varios canales, la señal de televisión no es universal y hay regiones en las que no hay señal y familias que no cuentan con un aparato de televisión adecuado para recibir dicha señal.

De manera virtual, las educadoras realizan, entre otras estrategias, videos y videoconferencias por Zoom u otros medios; utilizan Facebook, chats, llamadas telefónicas y la plataforma Google Classroom para el seguimiento y la evidencia del trabajo realizado. El trabajo administrativo, de actualización docente y de planeación de los centros se efectúa también de forma virtual.

En el trabajo virtual, las instituciones han afrontado un conocimiento desigual, tanto del personal que desempeña las funciones de cuidado en los Centros como de las familias de las niñas y niños, en el uso de las tecnologías de la información y comunicación y las herramientas de estas.

La organización del tiempo es otra dificultad para las educadoras y las familias. Por un lado, hay madres y padres de familia que trabajan y quieren estar con sus hijas e hijos cuando la educadora interactúa con ellas y ellos; por otro lado, se tiene la creencia de que las educadoras están disponibles todo el día y a toda hora para brindar asesoría y apoyo a las familias y para recibir las evidencias de las actividades realizadas.

Las compañeras reciben evidencias como son las fotos, los videos, lo que satura su celular; aunque ponen condiciones del uso del grupo de WhatsApp, se satura, ya sea sábado, domingo o, incluso, altas horas de la noche (DEI).

En cuanto al trabajo virtual, se reconoce la limitación, para las educadoras y las familias, en el acceso a internet y telefonía, recursos económicos para el pago de estos servicios y dispositivos suficientes como teléfono celular, laptop, tableta. No siempre es coincidente el acceso a internet entre las familias y las educadoras, sobre todo en las áreas rurales.

Los padres de familia dicen que tienen niños en diferentes niveles, y no cuentan con un dispositivo cada alumno [...] es difícil estar recargando constantemente su celular. Entonces, lo económico perjudica porque pueden utilizar el poco recurso que tiene para buscar alimentos y poder darles de comer a sus hijos.

A fin de dar continuidad a la atención y el cuidado de las niñas y niños en lugares donde no es posible el trabajo a distancia, se han diseñado actividades para que las familias las realicen con las y los niños, las cuales son entregadas en visitas presenciales que las educadoras y promotoras realizan a las comunidades, generalmente cada 15 días.

Estas actividades se entregan de modo directo a las familias, a las asociaciones de padres y madres de familia, al consejo de participación social o a las autoridades locales. De ser el caso, en estas visitas se recogen las evidencias del trabajo realizado por las familias. Las visitas presenciales se llevan a cabo siguiendo los protocolos de sana distancia, uso de cubrebocas, uso de gel y lavado frecuente de manos. Estos insumos de salud son adquiridos por quienes realizan las visitas.

Quienes han asumido los cuidados de niñas y niños de la primera infancia son principalmente las madres de familia, seguidas por los padres, las abuelas, los abuelos, las hermanas y los hermanos mayores. En algunos casos en los que las madres y los padres se han hecho cargo totalmente del cuidado de sus hijas e hijos, esto ha sido favorable para el desarrollo de estas y estos.

Son los padres de familia los que han asumido la responsabilidad de cuidarlos, sobre todo porque se han quedado sin trabajo. Entonces, sí se ha fortalecido en algunos aspectos el cuidado; en otros, vemos el estrés, la angustia económica, ha afectado a las familias (CONAFE).

El trabajo de las personas que están al cuidado de niñas y niños, adolescentes y jóvenes en edad escolar ha aumentado significativamente. Ante esta sobrecarga de trabajo, las madres y padres de familia dan preferencia a sus hijas e hijos mayores que cursan niveles educativos superiores.

Dicen las mamás: “yo tengo un niño de inicial, uno de preescolar, de primaria y secundaria, todo el día tengo que estar en la televisión y es imposible” (CONAFE).

Las madres de familia están teniendo una carga mayor de cuidado de sus hijos porque ahora tienen a todos los niños de todos los niveles (DEII).

Sin importar la causa, en los casos en que no ha sido posible el contacto o la continuidad en el seguimiento con las madres o padres de familia de niños y niñas que estaban inscritos antes de la pandemia, ellas y ellos conservan su lugar en el nivel que les corresponda al regreso a las actividades presenciales.

Todas las situaciones anteriormente expuestas, aunadas a las propias del contexto de la pandemia por COVID-19, tales como la falta de trabajo e ingresos, el contagio y enfermedad, la muerte de algún integrante de la familia y, en algunas ocasiones, la violencia familiar y desintegración de algunas familias han generado situaciones de incertidumbre y estrés en todos los actores involucrados en el cuidado de los niños y las niñas de primera infancia.

En específico, las cuidadoras tienen una alta carga de estrés relacionada con sus situaciones personales y familiares y con su trabajo, que se ha modificado sustancialmente, lo cual les ha demandado habilidades, conocimientos y manejo de situaciones nuevas y la conciencia de las situaciones por las que atraviesan los niños y niñas que están a su cuidado.

Ante esta situación, las personas que participaron en el grupo focal coinciden en no estresar innecesariamente a las familias y al personal de los centros siendo empáticas y respetando las situaciones específicas que están viviendo las familias.

LA PANDEMIA Y LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O ENFERMEDAD

Las personas participantes coincidieron en que la pandemia de COVID-19 ha afectado gravemente la atención de las y los pacientes en situación de discapacidad, sobre todo en cuestión de rehabilitación. También señalaron que los niños y las niñas en situación de discapacidad se han visto desfavorecidos física y emocionalmente por el confinamiento obligatorio.

Con el objetivo de evitar la propagación y contagio de COVID, se estuvieron haciendo videollamadas; pero sí nos encontramos, bueno yo me encontré, con pacientes, pues, complicados. No solamente el CREE cerró, el Seguro Social canceló citas, ISSSTE canceló citas, Hospital Central canceló citas; entonces, los pacientes vienen complicados o con mayor discapacidad (trabajadora de la salud, GF1).

En función de lo anterior, las instituciones encargadas de atender a la población en situación de discapacidad tuvieron que emprender distintas acciones para seguir dando un seguimiento, valoración y acompañamiento a dicha población. Entre estas acciones, se mencionaron las consultas médicas y las terapias de rehabilitación a distancia, por llamadas telefónicas y videollamadas.

Se reactivó la terapia de rehabilitación a distancia, al igual que en psicología [...] Por ejemplo, terapia del lenguaje, terapia a las personas con autismo, pues, todo es por videollamada, ya sea con los papás, o con los pacientes que lo pueden hacer, a ellos se les dan las indicaciones, pero, bueno, las terapias pues se siguen dando, en su mayoría, y también los apoyos, que como institución pues se brindan (funcionaria, GF1).

Estuvimos haciendo llamadas telefónicas para saber las necesidades de nuestros pacientes, en lo particular en el área de enfermería, saber del estado de salud, hacer alguna orientación en cuanto a los cuidados o detectar síntomas de COVID, cuidados generales, a pacientes hipertensos, diabéticos (trabajadora de la salud, GF1).

A su vez, se reactivaron algunas actividades de manera presencial, sobre todo con la población con mayores afectaciones de salud o que requería terapia de rehabilitación con urgencia. Estas actividades fueron realizadas siguiendo los protocolos de seguridad establecidos por las instituciones de salud.

Desde el 1 de octubre, ya en actividades presenciales, solo el treinta por ciento del personal regresamos a trabajar. Se está dando consulta, se están dando algunas terapias, pero las consultas son previa cita. Les hacemos mención de las condiciones en que deben de llegar; primero, saber

su estado de salud. Y, pues sí ha disminuido mucho la consulta, los tratamientos, pero tratamos de detectar a aquellos pacientitos que requieran de la atención presencial (trabajadora de la salud, GF1).

En junio, que pudimos retomar las rehabilitaciones en la UBR de Maravillas, se citó paulatinamente, obviamente con todos los protocolos, con la autorización de la COEPRIS para que pudieran los pacientes continuar con su rehabilitación (funcionaria, GF1).

Condiciones laborales de las cuidadoras en tiempos de COVID-19

Las y los participantes coincidieron en que las trabajadoras del cuidado, sobre todo las que laboran en espacios hospitalarios, se encuentran trabajando tomando las medidas preventivas establecidas por el sector salud. También señalaron que se encuentran laborando bajo mucho estrés por afrontar diariamente una situación desalentadora, en la cual la población aún duda de la existencia del virus y no toma las medidas necesarias. Por lo tanto, las cuidadoras formales hacen frente constantemente al temor, altamente justificado, de contraer dicha enfermedad.

Tomando la responsabilidad que nos corresponde, y, como se han protegido, pues precisamente de esta manera, ha sido difícil, es estresante, también un poco porque nos encontramos y nos enfrentamos diariamente que todavía la gente no cree en el virus, que no aceptan y, pues sí, eso, de alguna manera expresa temor (trabajadora de la salud, GF1).

Se señalaron las condiciones económicas precarias en las que viven muchas cuidadoras formales a causa de recortes o despidos, sobre todo por parte de particulares que solicitaban el apoyo de una enfermera o cuidadora domiciliaria, debido a la crisis económica que imposibilitó seguir pagando el trabajo de cuidados o al confinamiento social, lo que propició que muchos integrantes de la familia, al trabajar desde casa, pudieran hacerse cargo de sus familiares.

Yo creo que sí hubo desocupación inicialmente de las cuidadoras, por el temor al contagio y, por otro lado, porque estaba la gente en casa y tenía

tiempo de cuidar a su familia, entre paréntesis, verdad. Eso es lo que le puedo decir (trabajadora de la salud, GF1).

Ha disminuido, pues, por la economía, porque no pueden seguirlo pagando y ven esto como una oportunidad de ahorrarse algún dinero. Pero esto sería en el medio formal, porque las mamás siguen igual y, como ya lo mencionaban, con más cargas de trabajo, con más preocupaciones y, bueno, un panorama algo complicado (trabajadora de la salud, GF1).

Se mencionó, asimismo, que hubo algunas bajas de las cuidadoras de la salud por cuestiones de salud o defunción, en especial enfermeras. En este sentido, las cuidadoras se encuentran laborando bajo condiciones de estrés, precariedad económica derivada de despidos y recortes, y en un riesgo latente de enfermar o fallecer a causa de COVID-19.

Las cuidadoras que han mermado creo que han sido a nivel hospitalario, es donde ha habido un poquito más de bajas. Te lo digo porque tengo contacto con enfermeras de hospital y creo que ahí sí ha habido pérdidas (trabajadora de la salud, GF1).

Las cuidadoras reales en el trabajo de cuidados en tiempos de COVID-19

Respecto a los actores que han resuelto los cuidados de niños y niñas con discapacidad y/o enfermedad durante la crisis sanitaria, todas las personas participantes del grupo focal coincidieron en que es la familia, pero sobre todo la madre, quien realiza las principales tareas de cuidados.

Los actores que han resuelto los cuidados de los niños, pues son los papás y las mamás, están respondiendo; ellos saben que no pueden faltar las visitas a consultas y al tratamiento. Y, la verdad, el apego al tratamiento es alto. En cuanto a cáncer, en cuanto a VIH, no estoy tan segura; últimamente no he tenido contacto con ellos, pero parece que también el apego es alto. Entonces, pues la responsabilidad es de ellos y la cumplen (sociedad civil, GF1).

Los actores principales vienen siendo la familia, definitivamente. Y creo que nuestra labor y nuestra función para con ellos es la de seguirlos guiando, y estimularlos, motivando (trabajadora social).

Las y los participantes señalaron algunas de las dificultades que han atravesado algunas madres de familia para poder llevar a cabo el trabajo de cuidados de sus hijos e hijas en situación de discapacidad y, al mismo tiempo, trabajar fuera del hogar para obtener un salario con el cual solventar los gastos de su unidad doméstica. A causa de la pandemia por COVID-19 se incrementaron las dobles jornadas laborales que las mujeres realizan dentro y fuera del hogar, por lo que, tanto ellas como sus hijos e hijas, se encuentran en un estado de vulnerabilidad total.

Se supo de un caso, hace un par de semanas, de una mamá con dos niños, en donde las circunstancias la rebasaron. Ella tenía que salir a trabajar; lamentablemente, dejaba a los niños encerrados e incluso amarrados. Y lo que ella decía: “es que no puedo hacer nada, o salgo para buscar dinero para darles de comer o me quedo cuidándolos sin tener dinero para alimentarlos”. Es una situación muy difícil (funcionario, GF1).

Una de las reflexiones que dejó este último bloque del grupo focal respecto al cuidado de niños y niñas en situación de discapacidad y/o enfermedad en medio de la pandemia por COVID-19 es la fragilidad en que se encuentra dicha población cuando sus cuidadoras o cuidadores, quienes en su mayoría son sus madres, enferman o fallecen a causa de COVID. En muchos casos, estos niños o niñas pasan a la tutela de otra persona integrante de su familia que no conoce sus necesidades, o pasan a la tutela del Estado. Lamentablemente esta es una realidad, que está aconteciendo en la actualidad, que necesita considerarse con la finalidad de brindar la mejor protección y cuidado a la población que experimenta dicha situación.

Los actores han sido la familia. Y ahora estoy recordando un caso de una familia que tuvo COVID en donde muere la mamá y tenía dos hijos con discapacidad, dos jóvenes de 39 años y cuarenta y tantos años, un chico con síndrome de Down y una joven con discapacidad intelectual. Entonces, esa familia se rompió, porque ahora quién va a cuidar a esos chicos; son chicos de custodia que requieren de muchos cuidados. Entonces, la familia se tiene que reorganizar, porque nunca pensaron que la mamá iba a faltar (trabajadora de la salud, GF1).

Respecto a los resultados de los cuestionarios, de las cuidadoras no formales que participaron en la encuesta, solo ocho por ciento recibe apoyo de un programa de gobierno; las que reciben apoyo, principalmente este proviene del programa de Inclusión Social PROSPERA. Este dinero lo utilizan, en primer lugar, para el pago de servicios (luz, agua), de vestido y calzado, de servicios médicos y medicamentos.

Acerca de los ingresos que perciben las cuidadoras no formales, 14 por ciento de las personas que realizan cuidados a otras personas que no son de su familia recibe un pago, de entre 100 y 200 pesos la mayoría. El tiempo que dedican a las personas que no son sus familiares va de una a siete horas, principalmente.

LA PANDEMIA EN LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES

Al indagar en el grupo focal sobre las implicaciones en el cuidado de adultas y adultos mayores a partir de la pandemia, las participantes coinciden en que ha significado un reto particular por congregarse a población vulnerable. En la mayoría de los casos, lo primero que se hizo fue poner un filtro en la entrada y llevar un control de los alimentos y otros productos que entrarían a las instalaciones. También se suspendieron los nuevos ingresos, las visitas de familiares y las salidas de fin de semana de las personas a sus casas.

Para los asilos con menos recursos significó, además, un reto solventar los gastos de material de limpieza de nuevo requerimiento. Como en todos los ámbitos del cuidado, en los asilos también el trabajo se duplicó por la integración de labores que antes no se llevaban a cabo.

El lavado de manos frecuente, la sana distancia, a lo mejor son todavía más complicados teniendo en cuenta que los adultos mayores no son tan conscientes de la pandemia. Entonces, si no tienen presente el lavado de las manos, la cuidadora es la responsable final de que se lave o no se lave las manos, de que no se abracen, y más difícil porque la mayoría de las señoras no van a entender la magnitud del problema mundial. Entonces, hubo un aumento de carga psicológica y emocional, y también de trabajo, porque

es estar al pendiente, el checar los signos vitales tres veces al día para poder identificar algún cambio en la salud de ellas. Entonces, es algo que se hacía una vez al día, y ahora en todos los turnos las cuidadoras tienen que hacerlo con cada una de las abuelitas, aparte de auxiliar si a alguien se le encuentra baja la presión o la oxigenación.

En cuanto a la carga emocional, se habla del miedo que implica la responsabilidad de evitar un brote interno. Además de las medidas tomadas de manera independiente, desde la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) se han realizado revisiones sistemáticas en las que se verifica la adecuada ventilación del lugar, la cloración del agua, las bitácoras de entrada de productos y personas, de signos vitales y del estado anímico de las personas residentes. Sin embargo, además de estas visitas, no se detectan otras acciones o programas emprendidos por parte del Estado para el bien de las personas mayores y sus cuidadoras.

De manera independiente, a partir del curso para cuidadoras y a modo de servicio social, se ha generado un acercamiento con personas adultas mayores que viven en abandono para procurarles cuidados durante 80 horas. Sin embargo, quienes lo realizan afrontan con frecuencia el conflicto de reconocer que, al terminar este servicio social, las personas quedarán de nuevo en el abandono, ya que no tendrán acceso a un respaldo gubernamental que les garantice condiciones dignas de subsistencia.

En lo que respecta a los cuidados que se proporcionan no solo en los asilos, sino también de forma particular, se alude a la dificultad para encontrar cuidadoras a causa del temor de contagio y la imposibilidad de muchas de ellas para trabajar en el turno matutino, dada la necesidad de acompañar a sus hijos e hijas en las clases desde casa.

En cuanto al posicionamiento de los cuidados a partir de la pandemia, en el grupo focal se habla de la omisión de las necesidades de las personas adultas mayores y sus cuidadoras; “sólo en el discurso escuchas mencionados a los adultos mayores como población vulnerable”. En este sentido, surge la reflexión acerca de que, si la falta de visibilización del trabajo formal de cuidados es un problema, este es aún más crítico en el caso de las cuidadoras no formales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO AL TEMA DE LOS CUIDADOS DE PRIMERA INFANCIA

La primera infancia es fundamental para los niños y las niñas, ya que es la etapa en la que se desarrollan en todos los sentidos, de manera que brindarles atención de calidad de cuidados es muy importante. La desigualdad social influye en el acceso de la niñez a los servicios adecuados de cuidados, y es fundamental que estos sean garantizados por el Estado.

De acuerdo con los resultados de las encuestas realizadas tanto para cuidadoras formales y no formales, en lo relativo a la primera infancia, se pudo dar cuenta de que hay cuidadoras que pertenecen a alguna etnia indígena. De las cuidadoras formales, 29 por ciento pertenece a una etnia (de ellas, 51.8 por ciento náhuatl, 34.9 por ciento tének, seis por ciento xi'úi y 7.2 por ciento de otra etnia), y de las cuidadoras no formales, 21 por ciento (de ellas, 70 por ciento náhuatl, 17 por ciento tének, nueve por ciento xi'úi y cuatro por ciento otra). Por esta razón, resulta muy importante dar atención adecuada y con perspectiva intercultural a esta población y atender sus necesidades específicas en la formación y capacitación de las cuidadoras y en la cobertura de los cuidados a la primera infancia indígena.

El trabajo de cuidados de la primera infancia principalmente es realizado por mujeres, que resulta agotador para ellas. Por ello, es necesario incorporar una política pública orientada a la desnaturalización de que los cuidados sean exclusivamente femeninos, por medio de capacitaciones a funcionariado público y a la sociedad. Como en el caso de las cuidadoras formales, que, a pesar de realizar labores de cuidado como trabajo remunerado, 78 por ciento efectúa labores de cuidado en sus

hogares (de las personas que cuidan, 36 por ciento es menor de 5 años y 9.5 por ciento es menor de un año). Por otra parte, 55 por ciento de las cuidadoras no formales cuida a sus hijos e hijas; de ellas, 61 por ciento lleva a cabo otras labores, de las cuales 54 por ciento recibe algún tipo de remuneración por este concepto. Se puede observar que el trabajo de cuidados en el ámbito privado de las cuidadoras tanto formales como no formales resulta invisibilizado. Todo ello conduce a la necesidad de implementar apoyos, programas y servicios de cuidados para la niñez, que contribuyan, al mismo tiempo, al desarrollo profesional y personal de las mujeres cuidadoras.

Como se vio, el tiempo que dedican las mujeres al cuidado no permite ese desarrollo. Para más de la mitad de las cuidadoras formales, la jornada laboral es de una a siete horas, más las horas que dedican al cuidado en su hogar. Mientras que más de la mitad de las cuidadoras no formales realiza los cuidados en una jornada de más de 12 horas, aunadas a las que dedican a alguna otra labor remunerada, en algunos casos.

El 24 por ciento de las cuidadoras formales recibe apoyos del gobierno, contra ocho por ciento de las no formales. En ambos casos, consideran que sí necesitan apoyo por sus labores de cuidado, por lo que resulta importante ofrecer servicios de cuidados de calidad y que se garantice el acceso a los sectores que lo necesiten de acuerdo con sus demandas específicas.

Se subraya que el Estado, en su papel de promotor de los derechos de la niñez y de las mujeres, como grupos en situación de vulnerabilidad, garantice que los cuidados sean puestos en la agenda pública, tanto para la implementación de iniciativas de ley que regulen estos servicios como, sobre todo, para que se destine presupuesto con el que se cubra la atención de este tema emergente en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Con respecto al cuidado formal de niños y niñas de primera infancia, las personas que realizan estos cuidados trabajan en instituciones públicas y privadas que ofrecen diferentes esquemas de atención, que van desde el cuidado completo e integral de las necesidades de cuidado y educación de personas de 45 días a 5 años 11 meses, hasta espacios en los que se brinda asesoría a las madres y padres sobre las prácticas de crianza y cuidado, desde el embarazo hasta los tres años.

Los cuidados a las niñas y los niños de la primera infancia son fundamentales porque en esta etapa se sientan las bases y, en muchos casos, se determina el desarrollo físico, emocional e intelectual, por lo que es indispensable brindarles cuidado y educación integral. El acceso a los servicios de cuidado profesional por parte del Estado está determinado, en gran medida, por el lugar donde se vive, la condición económica y la desigualdad social existente.

Lo anterior se traduce en que la cobertura de las instituciones es desigual. En las localidades con menor población, los servicios de asesoría para el cuidado y crianza de las niñas y los niños menores de tres años son dados por las promotoras educativas de CONAFE; en las principales comunidades indígenas los realizan profesionales de educación inicial indígena, y en las áreas urbanas con mayor población, las profesionales de educación inicial.

La demanda de servicios de cuidado es mayor que la oferta. Por lo tanto, la cobertura en los servicios de cuidado infantil es insuficiente. Este aspecto constituye la principal demanda de las familias. Se recomienda, por un lado, de acuerdo con las particularidades, fortalecer los centros de atención infantil ya existentes con infraestructura, mobiliario y plantillas de personal suficientes. Por otro lado, se requiere una mayor oferta de centros de cuidado infantil que cuenten con personal suficiente y profesional en el cuidado y la atención, así como con infraestructura y mobiliario adecuados.

En cuanto al perfil profesional, la mayoría de las educadoras tiene licenciatura en educación preescolar, en psicología, en educación inicial y en puericultura. Estas últimas son consideradas pertinentes para la atención de niñas y niños de 0 a 3 años. Sin embargo, solo dos instituciones cuentan con estas carreras, por lo que la oferta de formación es insuficiente. Las promotoras educativas que trabajan en CONAFE tienen un perfil educativo de secundaria, bachillerato y, en algunos casos, de carrera trunca. La formación específica la reciben a través de cursos y talleres que imparte la misma institución.

En este sentido, se recomienda la profesionalización de los cuidados para niñas y niños menores de 3 años. Para las personas que están en funciones, se sugiere la profesionalización específica mediante especializaciones y diplomados que aborden aspectos teóricos y retomen los

prácticos con la experiencia de las personas en servicio. Para la formación inicial, se recomienda una mayor oferta en instituciones públicas y privadas, así como el fortalecimiento curricular de las licenciaturas existentes, a fin de que sean pertinentes.

Las educadoras adscritas a las instituciones de cuidados infantiles que cuentan con una plaza base tienen estabilidad laboral, prestaciones y están afiliadas a algún sindicato. Las que no tienen plaza son contratadas por honorarios en tiempo y trabajo específicos. En consecuencia, los sueldos y las estructuras laborales son muy diferentes. El caso más crítico es el de las promotoras educativas de CONAFE. En este aspecto, se recomienda la revisión de las condiciones de los contratos, tendiente a la homologación de salarios y prestaciones, de acuerdo con las funciones y horas para realizarlas; en especial la atención médica y fondo de retiro.

En el contexto de la pandemia ocasionada por la COVID-19, los centros de atención infantil se cerraron, por lo que las educadoras se encuentran en sus casas realizando acciones virtuales de apoyo y asesoría a las niñas, los niños y familias de estas y estos. Estas últimas son quienes han asumido los cuidados, en especial las madres de familia, que se encuentran con una sobrecarga de trabajo. Cabe señalar que algunas educadoras que laboran en las localidades donde no es posible el trabajo a distancia, llevan a cabo visitas quincenales. En este sentido, se recomienda no solicitar información del trabajo realizado que no sea sustantiva y considerar que el trabajo a distancia tiene características y condiciones específicas, que, en conjunción con el contexto, generan situaciones de estrés y Burnout que afectan a las personas.

El trabajo de cuidados formales de la primera infancia es realizado por mujeres. Esta feminización requiere la desnaturalización del deber de las mujeres de estar a cargo de los cuidados. Tal percepción se manifiesta asimismo en las familias, pues las madres, las hermanas, las tías y las abuelas son quienes asumen en casa estas labores de cuidado. Al respecto, se recomienda la incorporación de políticas públicas encaminadas a la desnaturalización de la feminización de los cuidados y a la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en el cuidado y la crianza de las hijas y los hijos.

En general, se sugiere que el Estado, en su papel de garante de los derechos de las niñas y los niños, de las mujeres y de los grupos vulnerables,

garantice que los cuidados sean puestos en la agenda pública, con leyes y políticas públicas tendientes a la valoración y el reconocimiento del trabajo de las personas que se dedican al cuidado de niñas y niños de la primera infancia, atendiendo, entre otras cosas, a lo ya mencionado acerca de las condiciones de la cobertura, el personal, la infraestructura y mobiliario, la profesionalización con una formación inicial; así como considerar apoyos y acciones emergentes en el contexto de la pandemia de COVID-19.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES RELATIVOS AL TEMA DE CUIDADORAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O ENFERMEDADES

El cuidado, entendido como una de las actividades que se desprenden del trabajo de reproducción social, resulta ser un trabajo arduo que requiere de distintas habilidades y conocimientos, implementados, la mayoría de estos, por mujeres cuidadoras formales y no formales, que en muchas ocasiones desarrollan dichas actividades sin recibir el pago o el reconocimiento adecuado a tan importante labor.

Además de la falta de reconocimiento y remuneración, existe un vacío en los datos cuantitativos y cualitativos acerca de la condición de vida de las cuidadoras formales y no formales. Por lo tanto, en el presente diagnóstico se buscó identificar y reunir a la mayor cantidad de actores sociales e institucionales involucrados en el trabajo de cuidados, y, sobre todo, se buscó identificar y conocer las condiciones profesionales, sociales y culturales de las mujeres cuidadoras formales y no formales, que son las principales trabajadoras del cuidado en el estado de San Luis Potosí.

Además de las cuidadoras, en el campo del cuidado se encontraron distintos actores sociales, disciplinas e instituciones involucradas, que están interconectadas con la finalidad de brindar apoyo y cuidados a poblaciones vulnerables por su edad o condición física y, por consiguiente, receptoras de cuidados. Al respecto, en el presente diagnóstico se buscó identificar y reunir a la mayor cantidad de actores sociales e institucionales involucrados en el trabajo de cuidados, con objeto de conocer, a partir de sus narrativas, el contexto institucional en el que se desarrolla dicha actividad.

La investigación con el funcionariado, las trabajadoras y los trabajadores de las distintas dependencias gubernamentales del estado generó una información valiosa sobre las limitaciones y debilidades de las instituciones para brindar apoyo y atención a la población receptora de cuidados, pero también a las cuidadoras formales y no formales, ya que, como se mencionó en la justificación, el trabajo de cuidados es una actividad relacional, en la cual se deben contemplar y cubrir las necesidades de la población receptora y de la población cuidadora.

La identificación de las limitaciones del Estado y sus instituciones respecto al trabajo de cuidados hace posible que se trabaje en estrategias para la mejora de los servicios ofrecidos en materia de atención y cuidados a la población en situación de vulnerabilidad, y, a su vez, para la mejora de las condiciones laborales de las trabajadoras no formales y formales en las instituciones y dependencias del gobierno o dentro de los hogares potosinos.

Los resultados de los cuestionarios de cuidadoras formales y, principalmente, de las no formales muestran que se invisibilizan sus necesidades, tanto como personas como en las labores de cuidado que realizan. Más de la mitad de las cuidadoras no formales padece alguna enfermedad; la mayoría tiene que costear estos gastos en servicios particulares. Aunado a esto, el tiempo que le dedican a las labores de cuidado les impide trabajar. Es urgente, entonces, pensar en políticas públicas que se enfoquen de modo directo en las cuidadoras.

Es esencial enfatizar que el trabajo de cuidados no solo se encuentra condicionado por el género, sino también es determinado por cruces interseccionales de clase y raza, por ejemplo. En este tenor, las actividades del cuidado se distribuyen “de manera desigual en nuestras sociedades, en tanto han recaído principalmente sobre las mujeres y no pueden pensarse por fuera de las relaciones de dominación: relaciones asimétricas entre varones y mujeres, pero también entre clases y razas”.¹

No es fortuito que en la actualidad las mujeres indígenas migrantes pertenecientes a territorios empobrecidos se hayan convertido en las principales cuidadoras en ciudades y países del primer mundo. En

¹ P. Molinier y M. Legarreta, Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político, *Papeles del CEIC, International Journal on Collective Identity Research*, núm. 1, 2016, p. 6. <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.16084>

función de ello, las mujeres indígenas y de estratos socioeconómicos bajos son las que padecen con mayor agudeza la explotación laboral, desigualdades salariales y se ven desprovistas de toda seguridad social en el ámbito del trabajo de cuidados. Por consiguiente, es necesario trabajar en conjunto para mejorar las condiciones laborales de las mujeres cuidadoras formales y no formales que han sido vulneradas debido a su condición étnica o de clase, ya que la condición de clase y la pertenencia étnica son elementos que se intersecan y que, asimismo, determinan dicha actividad.

RECOMENDACIONES REFERENTES AL TEMA DEL CUIDADO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES

Es probable que el sector de la tercera edad sea el que presenta más rezago en lo tocante a la regulación y la prestación de servicios de cuidado desde el Estado. Esto se ve reflejado en la cantidad de estancias de cuidado privadas y, en este sentido, no accesibles para la mayoría de la población, así como en los no pocos casos de personas adultas mayores en situación de abandono, enfermedad, pobreza extrema o de calle. Por lo tanto, resulta indispensable crear espacios de cuidado asequibles.

Si bien no es posible hablar de escasez de cuidado porque, como se ha dado cuenta en este estudio, terminan asumiéndolo las mujeres, formadas o no profesionalmente para otorgarlo, sí podemos señalar, con base en la evidencia, que existe una sobrecarga de esta función en pocas personas, en su mayoría mujeres, que dejan de atender otras funciones y ámbitos de la vida propia por asumir la responsabilidad del cuidado de otras personas.

Dada la escasez de cuidadoras con preparación para esta labor, es importante que tanto las que ya se encuentran trabajando en estancias como las que se desempeñan en el servicio particular reciban capacitación sobre temas específicos de cuidado a personas adultas mayores, con lo cual se impulsaría la profesionalización del gremio.

Respecto a las condiciones laborales de las cuidadoras, se observa que muchas de ellas trabajan jornadas largas de manera habitual y reciben sueldos bajos, lo que las obliga a buscar segundos empleos, lo que

ocasiona una gran rotación en las estancias de cuidado. En este sentido, es indispensable regular las condiciones de empleo considerando aspectos que ellas identifican como necesidades como el descanso y el cuidado de su salud mental.

Ya que las estancias de cuidado pertenecientes a asociaciones civiles tienen distintas características, se requiere una observación y regulación elemental que asegure que las personas residentes sean atendidas en condiciones de dignidad.

Relacionado con el punto anterior, se detectó la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario de especialistas que observe y atienda las necesidades médicas, sociales y emocionales de las personas que residen en las estancias, ya que, ante la ausencia de este, son las cuidadoras quienes afrontan los requerimientos de soluciones especializadas.

Aunque este apartado se ha dedicado a las cuidadoras formales porque son ellas quienes laboran en las estancias de cuidado, es necesario que las anteriores recomendaciones se dirijan también a las cuidadoras no formales, en el sentido de considerar su necesidad de capacitación.

Según los resultados del instrumento para cuidadoras no formales, 38 por ciento cuida a adultas y adultos mayores y 52 por ciento cuida a niños y niñas menores de 5 años. Se establece que 51 por ciento dedica más de 12 horas al día a las labores de cuidados, si a esto se le suma la falta de capacitación para el cuidado de personas adultas mayores, la existencia de un trabajo remunerado y/o la carencia de recursos económicos, resulta un panorama de riesgo para la salud de la persona cuidadora y de las personas cuidadas, que pueden ser sujetas de violencia o abandono. En consecuencia, es indispensable la atención de la salud física y mental de las cuidadoras, formales y no formales, así como la garantía de condiciones de vida digna para ellas y las personas a quienes cuidan.

RECOMENDACIONES GENERALES

- a) Promover el reconocimiento social de la importancia de la ética del cuidado. Realizar campañas y acciones desde el Estado y la sociedad civil organizada para incrementar la valoración del cuidado, convocar a ser una sociedad que cuida, sin estereotipos de

género, sin racializar, feminizar y precarizar el trabajo de quienes cuidan. Promover la corresponsabilidad de las tareas del cuidado entre quienes integran las familias, de las comunidades, del Estado y del mercado. Fomentar el cuidado como un bien común necesario para la vida, que no debe extraer las energías, los tiempos y los proyectos personales de las mujeres.

- b) Mejora de la infraestructura del estado para brindar cuidado digno. Reconocer el impacto del neoliberalismo en las instituciones habilitadas para brindar cuidados, su insuficiencia y la necesidad de fortalecerlas y ampliar sus servicios. Cambiar el tipo de narrativas estereotipadas que estas instituciones emiten y en las que solo se dirigen a las mujeres como cuidadoras.
- c) Promover avances legislativos. Siguiendo el ejemplo de la Ciudad de México, que incluye el derecho al cuidado en su Constitución, coadyuvar a que en la Constitución federal y en la de San Luis Potosí se reconozca este derecho.
- d) Permisos laborales para el cuidado sin discriminación por género. Hacer efectivos los permisos de paternidad, así como fortalecer y ampliar los permisos laborales para ejercer el cuidado (de primera infancia, personas con discapacidad, enfermas y adultas mayores) para hombres y mujeres, con salarios completos.
- e) Apoyos económicos para personas cuidadoras. Promover apoyos económicos diversos para las personas que cuidan, y deducciones fiscales, descuentos en servicios, entre otros, dado que quienes cuidan tienden generalmente a quedar en el desempleo o la precariedad laboral.
- f) Redes de formación, acompañamiento y cuidado de las cuidadoras. Crear programas de formación de las cuidadoras no formales procurando certificarlas adecuadamente. Asimismo, promover la corresponsabilidad del cuidado con otros y otras integrantes de la familia y la comunidad. Generar de modo permanente estrategias de acompañamiento psicológico y apoyos domiciliarios de cuidado, para su descanso. Generar estrategias especiales para el medio rural, con mayor participación comunitaria en los cuidados.

- g) Fortalecer las instituciones y universidades que forman recursos humanos en enfermería. Con el fin de que los programas curriculares de estas incorporen la perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad, que posibiliten a las y los profesionales que egresan una mirada que dé cuenta de la demanda compleja de los cuidados en el contexto actual.
- h) Revisar las condiciones laborales impulsadas en el marco del neoliberalismo para la formación y práctica de la enfermería e impulsar medidas que redignifiquen el ejercicio del cuidado profesional. Establecer estrategias de retención de recursos humanos profesionalizados en los cuidados a fin de no se vean obligadas y obligados a buscar trabajo en el extranjero.

GLOSARIO

- Autonomía.** Capacidad para tomar decisiones y gestionar el propio cuerpo por parte de los seres humanos.
- Asilo.** Instalación que proporciona cuidados intermedios –como asistencia en el arreglo personal y actividades de la vida cotidiana– o atención especializada, atención médica las 24 horas, enfermería y rehabilitación.
- Calidad de vida.** Medida del grado en que una persona o una sociedad tienen acceso al disfrute de bienes y servicios físicos, sociales y culturales. Puede entenderse de modo objetivo o de modo subjetivo, como conjunto de factores deseados para la vida personal, sin referencias objetivas de que se está satisfecho en la condición de salud presente. Este segundo modo sería la percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas.
- Capacidad.** Aptitud de obrar de las personas para gobernarse a sí mismas y ejercer eficazmente sus derechos y obligaciones. La capacidad jurídica es la cualidad que tienen las personas, por el hecho de serlo, de ser titular de derechos y obligaciones.
- Coeducación.** Método educativo que parte del principio de la igualdad de los sexos y de la no discriminación por razón de sexo. Coeducar significa educar conjuntamente a niños y niñas en la idea de que haya distintas miradas y visiones del mundo, distintas experiencias y aportaciones hechas por mujeres y hombres que deben conformar la cosmovisión colectiva y sin las que no se puede interpretar ni conocer el mundo ni la realidad. Coeducar significa no establecer relaciones de dominio que supediten un sexo al otro, sino incorporar en igualdad de condiciones las realidades e historia de las mujeres y de los hombres para educar en la igualdad desde la diferencia.

Conciliación entre empleo y cuidado. Equilibrio de las tensiones generadas entre las responsabilidades profesionales y familiares, a través de una estrategia en los programas sociales, para mejorar el bienestar de las familias, la seguridad social y económica, en particular de las madres trabajadoras. La dificultad para conciliar se debe a los roles tradicionales impuestos por la sociedad, de hombre-proveedor y mujer-cuidadora, en virtud de los cuales a ellos se les aparta de los deberes en el hogar y a ellas se les penaliza en el empleo. De ahí que la conciliación debería ser una labor de todos, es decir, del Estado, de la sociedad y la familia, mas no una responsabilidad exclusiva de las mujeres, para visibilizar el conflicto entre lo familiar y profesional y para ser atendido por los poderes públicos.

Corresponsabilidad doméstica. Reparto equitativo de las responsabilidades domésticas entre las mujeres y los hombres miembros de un hogar. Es una demanda de las mujeres que tiene por objeto flexibilizar los roles y el uso del tiempo para lograr una distribución más justa de las actividades vinculadas a la reproducción humana.

Cuidadora. Mujer que brinda asistencia –remunerada o no remunerada– a una persona enferma, discapacitada o que necesite ayuda en las actividades diarias. En este documento se habla de cuidadoras porque son las mujeres a quienes históricamente se les ha asignado esta labor y quienes, aún en la actualidad, realizan la mayor parte del trabajo de cuidados.

Cuidados paliativos. Conjunto de medidas médicas encaminadas a aliviar enfermedades, bien porque carecen de tratamiento curativo, bien porque las molestias que acarrear son difícilmente tolerables sin tratamiento específico. Correctamente practicados, permiten que las personas enfermas puedan vivir en condiciones dignas y con un sufrimiento físico reducido a límites perfectamente tolerables.

Cuenta complementaria o cuenta satélite. Una cuenta satélite subraya generalmente la necesidad de ampliar la capacidad analítica de la contabilidad nacional a determinadas áreas de interés social. Permite proporcionar información adicional de carácter funcional

o de entrecruzamientos sectoriales sobre determinados aspectos sociales. En materia de género, es un instrumento diseñado para dimensionar el valor del trabajo doméstico no remunerado, que abre la posibilidad de determinar el costo monetario de esta actividad, tradicionalmente a cargo de las mujeres. También propicia la creación de un campo analítico que articula la vida económica con la vida de la población y sus hogares, en el que el trabajo es el vínculo entre la economía de mercado y la economía doméstica.

Dependencia (persona dependiente). Surge cuando una persona requiere, en mayor o menor grado, la ayuda o la supervisión de otras para poder realizar las tareas o actividades de la vida diaria, siendo estas tareas las básicas e instrumentales para desenvolverse de forma autónoma.

Derechos humanos de las mujeres. Derechos que son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales contenidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención sobre los Derechos de la Niñez, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem Do Pará) y demás instrumentos internacionales en la materia.

Desigualdad de género. Distancia o asimetría social entre mujeres y hombres. Históricamente, las mujeres han estado relegadas a la esfera privada y los hombres a la esfera pública. Esta relegación ha derivado en que las mujeres tengan un limitado acceso a la riqueza, a los cargos de toma de decisión, a un empleo remunerado en igualdad a los hombres, y en que sea tratadas de forma discriminatoria. La desigualdad de género se relaciona con factores económicos, sociales, políticos y culturales, cuya evidencia y magnitud puede captarse a través de las brechas de género.

Dignidad humana. El término **dignidad** se emplea como sustantivo (la dignidad de la persona), como adjetivo (muerte digna) o en su forma adverbial (tratar a la persona dignamente), y puede variar su significado notablemente de un contexto a otro. Existe una dignidad común a todos los seres humanos en cuanto humanos, que no puede perderse ni admite gradación alguna.

Discapacidad física. Secuela de una afección en cualquier órgano o sistema corporal.

Discapacidad intelectual. Se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa que se han aprendido y se practican por las personas en la vida cotidiana restringiendo la participación comunitaria, y en estrecha relación con las condiciones de los diferentes contextos en que se desenvuelve la persona.

Discapacidad mental. Deterioro de la funcionalidad y el comportamiento de una persona que es portadora de una disfunción mental, y que es directamente proporcional a la severidad y cronicidad de dicha disfunción. Las disfunciones mentales son alteraciones o deficiencias en el sistema neuronal que, aunadas a una sucesión de hechos que la persona no puede manejar, detonan una percepción alterada de la realidad.

Discapacidad psicosocial. Restricción causada por el entorno social y centrada en una deficiencia temporal o permanente de la psique, debida a la falta de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de las siguientes disfunciones mentales: depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad, trastornos generalizados del desarrollo (autismo y Asperger), trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de pánico con estrés postraumático, trastorno fronterizo, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) y trastorno dual (que es una de estas disfunciones pero con una o más adicciones).

División sexual del trabajo. Categoría analítica que permite conocer y comprender la inserción diferenciada de mujeres y hombres en el espectro de las responsabilidades y obligaciones productivas y reproductivas que toda sociedad constituye para organizar el reparto de tareas entre sus integrantes. Es importante distinguir el carácter histórico del reparto de funciones entre mujeres y hombres, dado por un conjunto de factores culturales que han situado a las mujeres en clara desventaja respecto a los hombres.

Dominación. Implica doblegar, imponer, coartar oportunidades de acción de un sujeto a manos de otro. Las relaciones de género, inmersas e

impregnadas en y por relaciones jerárquicas, siempre implican dominación, ejercicio de poder y, muchas veces, sometimiento de uno de los polos de esa relación y control de los otros polos.

Economía del cuidado. Todas las actividades y prácticas que son necesarias para la reproducción social; incluye el cuidado de sí y para sí, es decir, el autocuidado, y el cuidado de otras personas: la atención de niñas, niños, jóvenes, personas mayores, enfermas, o con alguna discapacidad y de las que podrían proveerse cuidados a sí mismas. Cuando se asocia la idea del cuidado a la economía, se visibilizan los elementos que contribuyen a reconocerle un valor económico; es así como el concepto de economía del cuidado tiene dos elementos: en primer lugar, el papel del trabajo de cuidado, que se ha naturalizado a lo largo de los siglos para las mujeres, y, en segundo lugar, la importancia económica de este trabajo, que no se remunera, pero que potencialmente podría ser remunerado, y también la pertinencia de políticas públicas y presupuestos para que el Estado atienda los cuidados.

Equidad de género. Equidad significa dar a cada cual lo que le pertenece. Implica que las personas puedan realizarse en sus propósitos de vida según sus diferencias. Considera el respeto y la garantía de los derechos humanos y la igualdad de oportunidades. La equidad de género es un valor superior que apela al estatuto jurídico de las mujeres y al principio de no discriminación basada en la diferencia sexual. En tanto que la equidad es una medida más bien dirigida a cubrir los déficits históricos y sociales de las desigualdades por razón de género.

Enfermedades crónicas. Alteraciones de la salud de larga duración y de progresión generalmente lenta. Son la principal causa de muerte e incapacidad en el mundo. Las más comunes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes.

Ética del cuidado. Disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas, motivadas por una solicitud, y que tienen como fin último lograr el cuidado de sus semejantes o el suyo propio. Se basa en la comprensión del mundo como una red de relaciones en la que se sienten inmersos, y

de donde surge un reconocimiento de la responsabilidad hacia otras personas. La ética del cuidado tiene que ver con situaciones reales, tan reales como las necesidades ajenas, el deseo de evitar el daño, la circunstancia de ser responsable de otra persona, tener que proteger, atender a alguien.

Interculturalidad. Tiene como propósito central transformar las actuales estructuras para crear relaciones horizontales interétnicas a través de nuevos ordenamientos sociales. En este sentido, intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas para construir relaciones y condiciones de poder, saber ser, vivir distintos.

Outsourcing. Se suele reconocer este término cuando las empresas optan por la desintegración de actividades; significa que se va a subcontratar o desarrollar fuera ciertas actividades de la empresa.

Patriarcado. Organización jerárquica masculina de la sociedad. Aunque su base legal institucional aparecía de manera mucho más explícita en el pasado, las relaciones básicas de poder han permanecido intactas hasta nuestros días. El sistema patriarcal se mantiene, a través del matrimonio y la familia, mediante la división sexual del trabajo y de la sociedad. Las raíces del patriarcado se encuentran ya manifiestas en la fuerza y el control masculinos en los propios procesos reproductivos de las mujeres. La definición de la mujer en esta estructura de poder no se define en términos de la estructura económica de clase, sino de la organización patriarcal de la sociedad (Eisenstein, 1977).

Perspectiva de género. Visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres que examina las causas de la opresión de género (entre ellas, la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género). Busca promover la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres para construir una sociedad en la que las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, así como igualdad de derechos y oportunidades para allegarse recursos económicos y alcanzar sitios de representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones.

Política pública. Una política pública se constituye como un conjunto de acciones que realizar a partir de la toma de decisiones en la

esfera gubernamental. Es una práctica social propiciada por la necesidad de reconciliar demandas conflictivas o de establecer incentivos de acción colectiva entre aquellos que comparten metas afines para la solución de un problema. Derivan en un programa de acción gubernamental para un sector de la sociedad o un espacio geográfico determinado.

Rol. Conjunto de funciones, tareas, responsabilidades y prerrogativas que se generan como expectativas o exigencias sociales y subjetivas; es decir, una vez asumido el rol por una persona, la gente en su entorno le exige que lo cumpla y pone sanciones si no lo cumple. Entre los roles que tradicionalmente se han asignado a las mujeres se encuentran las responsabilidades reproductivas, que incluyen el trabajo doméstico, el cuidado de los hijos e hijas, el mantenimiento del hogar y las relaciones familiares.

Trabajo de cuidados. Comprende dos tipos de actividades superpuestas: las de cuidado directo, personal y relacional, como dar de comer a un bebé o cuidar de un cónyuge enfermo o una cónyuge enferma, y las de cuidado indirecto, como cocinar y limpiar. El trabajo de cuidados no remunerado consiste en la prestación de cuidados por parte de cuidadoras y cuidadores sin recibir una retribución económica a cambio. La prestación de cuidados no remunerada se considera una ocupación, por lo que es una dimensión fundamental del mundo del trabajo. El trabajo de cuidados remunerado es realizado por trabajadores y trabajadoras del cuidado a cambio de una remuneración o beneficio. Estos comprenden una gran diversidad de población trabajadora de los servicios personales, como el personal de enfermería, el personal médico y los trabajadores y trabajadoras del cuidado personal. Las trabajadoras y trabajadores domésticos que prestan cuidados, tanto directos como indirectos, en los hogares también integran la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados.

Trabajo doméstico remunerado y no remunerado. Trabajo doméstico, en su acepción más amplia, es un conjunto de actividades realizadas dentro de las viviendas que son necesarias para el bienestar de quienes integran las familias, incluye la actividad remunerada y la no remunerada. Cuando el conjunto de actividades se realiza en el

marco de una relación de trabajo se está en presencia de una actividad remunerada. De acuerdo con lo anterior, resulta evidente la delgada línea que separa al trabajo doméstico remunerado del no remunerado. En ambos casos, se hace referencia a tareas desarrolladas en el hogar y al cuidado de sus integrantes: la circunstancia de que en ambos casos son desarrolladas, en su abrumadora mayoría, por mujeres ayuda a deducir este hecho como causa de la invisibilidad en que se desarrolla este tipo de trabajo, de la escasa regulación laboral y del poco reconocimiento social de esta actividad. Para efectos de distinguir el trabajo doméstico remunerado del no remunerado, se puede utilizar la definición conforme la cual se calcula la cuenta satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México (CSTNRHM): “el tiempo utilizado en las labores domésticas y de cuidados realizadas por los miembros del hogar para producir servicios destinados al consumo del mismo, sin obtener un pago o remuneración, y que se encuentran fuera de la frontera de la producción de la contabilidad nacional”.

Trabajo productivo y trabajo reproductivo. Trabajo productivo son aquellas actividades humanas que producen bienes o servicios que tienen un valor de cambio y, por lo tanto, generan ingresos tanto bajo la forma de salario o bien mediante actividades agrícolas, comerciales y de servicios desarrolladas por cuenta propia. El trabajo reproductivo es un conjunto de tareas necesarias para garantizar el cuidado, el bienestar y la supervivencia de las personas que componen el hogar. El trabajo reproductivo se entiende en dos niveles fundamentales: a) la reproducción biológica, que comprende la gestación, el parto y la lactancia de los infantes, y b) la reproducción social, que implica el mantenimiento del hogar y la reproducción de hábitos y normas; incluye la crianza, la educación, la alimentación, la atención y el cuidado de los integrantes de este, así como la organización, las leyes, las costumbres y los valores de un grupo social determinado. Trabajo productivo y trabajo reproductivo son dos categorías de análisis complementarias. El trabajo reproductivo cumple un rol fundamental de carácter biológico y en la reproducción social de la persona para desarrollarle como ser humano; es decir, este es el nivel en el que

realmente se realizan como seres humanos, con principios, valores y costumbres que hablan de una condición humana y, sobre todo, de seres sociales en constante formación o reproducción. El trabajo reproductivo es, entonces, la piedra angular de la sociedad. Existe una importante vinculación y dependencia entre el trabajo productivo y el trabajo reproductivo. Ambas esferas del trabajo son la fuerza motora que transforma a la sociedad y posibilita la existencia de la humanidad, ya que hacen posible el acceso a los recursos materiales y no materiales necesarios para asegurar una vida digna, tanto en lo individual como en lo comunitario.

Transversalidad. Proceso que permite garantizar la incorporación de la perspectiva de género en cualquier acción legislativa, de políticas públicas, o de actividades administrativas, económicas y culturales, sean estas de instituciones públicas o privadas.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR-BAROJAS, S., Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud, *Salud en Tabasco*, vol. 11, núm. 1-2, 2005, pp. 333-338.
- BÁEZ-HERNÁNDEZ, F., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L. y Medina-López, O., El significado de cuidado en la práctica profesional de Enfermería, *Revista Aquichán*, vol. 9, núm. 2, 2009. file:///Users/dra.yesicarangel/Downloads/Dialnet-ElSignificadoDeCuidadoEnLaPracticaProfesionalDeEnf-3125084%20(1).pdf
- BARBIER-IBAÑEZ, M., Moreno Barrio, S. y Sanz Urdiales, S., *Guía de autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia*, Ayuntamiento de Muskiz, Diputación Foral de Bizkaia, Departamento de Acción Social, 2011. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiaautocuidadoycuidadoserviciosintegrados.pdf>
- BARRÓN, A., *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*, Siglo XXI Editores, 1996.
- BENERÍA, L., Trabajo productivo/reproductivo, pobreza y políticas de conciliación, *Nómadas*, núm. 24, 2006, pp. 8-21.
- BORGEAUD-GARCIANDÍA, N., En la intimidad del cuidado de adultos mayores dependientes: la experiencia de cuidadoras “cama adentro” en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, En L. Pautassi y C. Zibecchi (coords.), *Las fronteras del cuidado*, Biblos, 2013, pp. 276-316.
- BUZAI, G., Análisis espacial con sistemas de información geográfica: sus cinco conceptos fundamentales. En G. D. Buzai (ed.), *Geografía y*

- sistemas de información geográfica. Aspectos conceptuales y aplicaciones*, Capítulo 7. Primera edición, 2009. https://www.researchgate.net/publication/298420203_Analisis_Espacial_con_Sistemas_de_Informacion_Geografica_Sus_cinco_conceptos_fundamentales
- BUZAI, G., Conceptos fundamentales del análisis espacial que sustentan la investigación científica basada en geotecnologías, en *Geografía, geotecnología y análisis espacial: tendencias, métodos y aplicaciones*, primera ed., Editorial Triángulo, 2015, ISBN: 978-956-9539-01-5.
- Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género, *Economía del cuidado, trabajo generador de riqueza*, Cámara de Diputados, LXIV Legislatura, 2019. <file:///C:/Users/UNIVER-1/AppData/Local/Temp/Econom%20del%20Cuidado%20.pdf>
- COESPO, *Perfil Sociodemográfico de la Población Indígena en el Estado de San Luis Potosí 2018*, COESPO, 2019. https://slp.gob.mx/coespo/SiteAssets/Poblaci%C3%B3n%20Ind%C3%ADgena_COESPO2018.pdf
- Comisión de Atención a Grupos Vulnerables de la LX Legislatura, 2020. http://www3.diputados.gob.mx/camara/001_diputados/008_comisioneslx/001_ordinarias/003_atencion_a_grupos_vulnerables
- CNDH, *Cuando surgieron las estancias infantiles en México*, CNDH 2016. <https://www.capitalmexico.com.mx/nacional/cuando-surgieron-las-estancias-infantiles-en-mexico/#:~:text=La%20primera%20guarder%C3%ADa%20en%20M%C3%A9xico,actualmente%20est%C3%A1%20el%20z%C3%B3calo%20capitalino>
- CNDH, *Convención de las Personas con Discapacidad*, CNDH, 2016. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>
- CNDH, *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, CNDH, 2018. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>
- CONDE SALA, J. (coord.), *Los cuidados a personas con dependencia*, Universidad de Barcelona, 2019. <https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25078/conde-cuidados-01.pdf>

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Resultados de pobreza en México 2016*, CONEVAL, 2017.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, *Encuesta nacional sobre discriminación 2017: prontuario de resultados*, CONAPRED, 2018.
- CUMMINS, S., Curtis, S., Diez-Roux, A. y Macintyre, S., Understanding and representing “place” in health research: a relational approach, *Social Science & Medicine*, No. 65, 2007, pp. 1825-1838.
- CHÁVEZ ARELLANO, M., Ser indígena en la educación superior, ¿desventajas reales o asignadas? *Revista de la Educación Superior*, vol. 37, núm. 148, 2008, pp. 31-55. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602008000400003&lng=es&tlng=es
- DALLA COSTA, M., *Family, Welfare and the State. Between Progressivism and the New Deal*. Common Notions, 2015.
- DAVIDSON, R., Mitchell, R. y Hunt, K., Location, location, location: the role of experience of disadvantage in lay perceptions of area inequalities in health. *Health & Place*, No.14, 2008, pp. 167-181.
- DEL RÍO, A., *Las características identitarias de la enfermería: entre la subordinación y la búsqueda de reconocimiento en el oficio de cuidar*, tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias Sociales con Orientación en Educación, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina, 2020.
- DENUE-INEGI, *Directorio estadístico nacional de unidades económicas 2020*, Información para la actualización e incorporación de unidades económicas al DENUE, DENUE-INEGI, 2020. <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/587>
- ESTEBAN, M., Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución, en *Congreso Internacional SARE: Cuidar cuesta, costes y beneficios del cuidado*, EMAKUNDE, Instituto Vasco de la Mujer, Fondo Social Europeo, 2003.
- ESTRADA RODRÍGUEZ, J., Mendieta Ramírez, A., y González Vidaña, B., Perspectiva de género en México: análisis de los obstáculos y limitaciones, *Opción*, vol. 32, núm. 13, 2016, pp. 12-36.
- FEDERICI, S., *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*, Traficante de Sueños, 2013.

- FERNÁNDEZ, M., Efectos de la migración de enfermeras y matronas en los sistemas sanitarios europeos, *Revista Matronas*, núm. 6, 2018, pp.1-15.
- FUENZALIDA-DÍAZ, M., *El Territorio como unidad de análisis en estudios sociales en geografía, geotecnología y análisis espacial: tendencias, métodos y aplicaciones*, primera edición, Editorial Triángulo, 2015, ISBN: 978-956-9539-01-5.
- GONZÁLEZ, M., Flexibilización de las relaciones laborales: una perspectiva teórica postfordista, *Gaceta Laboral*, vol. 12, núm. 1, 2006, pp. 33-69.
- GUADARRAMA OLIVERA, R., Hualde Alfaro, A., y López Estrada, S., Precariedad laboral y heterogeneidad ocupacional: una propuesta teórico-metodológica, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 74, núm. 2, 2012, pp. 213-243.
- GUTIÉRREZ ROBLEDO L., y Lezama Fernández, M., *Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud*, Instituto Nacional de Geriátria, 2013 (Serie Cuadernillos de Salud Pública). http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones_ig/Prop_Plan_Accion_Envejecimiento_Salud.pdf
- HERRERA, G., *Trabajo doméstico, cuidados y familias transnacionales en América Latina: reflexiones sobre un campo en construcción*. Amérique Latine Histoire et Mémoire, 2016 (Les Cahiers ALHIM, 31). <https://journals.openedition.org/alhim/5430?lang=en>
- INEGI, *Estadísticas históricas de México*, INEGI XII. Censo de Población y Vivienda 2000, tabulados básicos, Tomo I. México 2001, INEGI, 2002.
- INEGI, *Censo de Población y Vivienda 2010. Estadísticas por grupos de edad*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2010/doc/piramide_2010.pdf
- INEGI, *Las personas con discapacidad en México*, INEGI, 2010. https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf
- INEGI, *Cuéntame. Información por entidad, San Luis Potosí*, INEGI, 2010. <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/slp/poblacion/diversidad.aspx?tema=me&e=24>

- INEGI, *Censo de población y vivienda, San Luis Potosí*. INEGI, 2010.
- INEGI, *Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, 1990 a 2010*. INEGI, 2011. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Poblacion_01&bd=Poblacion
- INEGI, *Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010*, INEGI, 2013. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf
- INEGI, *La discapacidad en México*. INEGI, 2014. <http://coespo.qroo.gob.mx/Descargas/doc/DISCAPACITADOS/ENADID%202014.pdf>
- INEGI, *Estadísticas a propósito del Día del Niño (30 abril), datos San Luis Potosí*. INEGI, 2015.
- INEGI, *Panorama sociodemográfico de San Luis Potosí, 2015*, INEGI, 2015. https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082345.pdf
- INEGI, *Encuesta intercensal 2015*, INEGI, 2016. <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=24#tabMCcollapse-Indicadores>, consultado el 14/12/2020]
- INEGI, *Cuenta satélite de trabajo no remunerado de los hogares de México, 2016*, INEGI, 2016.
- INEGI, *Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares, San Luis Potosí*, INEGI, 2018. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh2018_ns_presentacion_resultados_slp.pdf
- INMUJERES, *Glosario de género*, INMUJERES, 2007, ISBN: 978-968-9286-00-4.
- INMUJERES, *Guía metodológica para la sensibilización en género: una herramienta didáctica para la capacitación en la administración pública*, Derechos humanos de las mujeres, volumen 3, INMUJERES, 2008. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100974.pdf
- INMUJERES, *Encuesta nacional sobre uso del tiempo. Base de datos*, INMUJERES, 2014.
- INMUJERES, *Boletín Desigualdad en Cifras*, año 4, número 7, julio 2018.

- JUÁREZ-RAMÍREZ C., Márquez-Serrano M., Salgado de Snyder N., Pelcastre-Villafuerte B., Ruelas-González M., y Reyes-Morales H., La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes, *Rev. Panam. Salud Pública*, vol. 35, núm. 4, 2014, pp. 284-90.
- LACOMBA BÁZQUEZ, J., *Guía de educación intercultural*, Centro de Estudios para la Integración Social y Formación de Inmigrantes, 2006, ISBN: 84-611-0937-6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=267476>
- LAGARDE Y DE LOS RÍOS, M., *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Siglo XXI Editores, 2018.
- LAMARQUE, M., y Gutiérrez, L., Curando dentro, cuidando fuera: mujeres latinoamericanas y prácticas terapéuticas en el contexto migratorio transnacional, *Revista de Saúde Coletiva*, vol. 30, núm. 2, 2020.
- LEDÓN LLANES, L., Enfermedades crónicas y vida cotidiana, *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 37, núm. 4, 2011, pp. 488-499.
- LORENTE MOLINA, B., Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social, *Scripta Ethnologica*, núm. 26, 2004, pp. 39-53.
- MALLIMACI A., Migraciones y cuidados. La enfermería como opción laboral de mujeres migrantes en la ciudad de Buenos Aires, *Universitas Humanística*, núm. 81, julio-diciembre, 2016. <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n82/n82a15.pdf>
- MÁRQUEZ SERRANO, M., Pelcastre Villafuerte, B., y Salgado De Snyder, N., Recursos económicos y derechohabencia en la vejez en contextos de pobreza urbana. En N. Salgado de Snyder y R. Wong (eds.), *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio de cuatro ciudades de México*, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- MOCTEZUMA BALDERAS, A., Cuerpos diversos: aspectos socioculturales sobre las corporalidades y la discapacidad en la infancia nahua de la Huasteca Potosina, *Revista Ciencia y Humanismo en la Salud*, vol. 6, núm. 1, 2019, pp. 22-31.
- MOLINIER, P., y Legarreta, M., Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político, *Papeles del CEIC, International*

- Journal on Collective Identify Research*, núm. 1, 2016. <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.16084>
- MORENO, N., Moncada, S., Llorens, C., y Carrasuquer, P., Doble presencia, trabajo doméstico-familiar y asalariado: espacios sociales y tiempo, *New Solution*, vol. 20, núm. 4, 2010, pp. 23-41.
- MOYA OLEA, M., y Costa Vidiella, S., *Manual de consulta sobre grupos de ayuda mutua de personas con discapacidad física (experiencias en GAM desde la Federación ECOM)*, 2007.
- NARVÁEZ, O., *Urbanismo gerontológico. Envejecimiento demográfico y equipamiento urbano. El caso de la ciudad de Aguascalientes*, Universidad Autónoma de Aguascalientes, 2011.
- OIT, *Trabajo y familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*, Organización Internacional del Trabajo, 2009.
- ORTEGA, J., Una cuestión de entrega: desigualdades de género y factores de riesgo psicosocial en el trabajo de enfermería, *Revista de Pesquisa e Debates em Ciências Sociais*, vol. 22, núm. 1, 2019, pp. 1-18.
- PAUGMAN, S., *Le salarié de la précarité*, Presses Universitaires de France, 2000.
- PÉREZ-OROZCO, A., Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico, *Revista de Economía Crítica*, núm. 5, 2006, pp. 7-37. http://observatoridesc.org/sites/default/files/1_amenaza_tormenta.pdf
- POLE, K., Diseño de metodologías mixtas. Una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas, *Renglones. Revista Arbitrada en Ciencias Sociales y Humanidades*, núm. 60, 2009.
- RUELAS GONZÁLEZ, M., y Salgado de Snyder, V., Lesiones accidentales en adultos mayores: un reto para los sistemas de salud, *Salud Pública de México*, núm. 50, 2008, pp. 463-471. <http://www.scie-lo.org.mx/pdf/spm/v50n6/07.pdf>
- SALAZAR, R., Salazar, H., y Rodríguez M., Conciliación trabajo y familia en México: las responsabilidades compartidas de mujeres y hombres en el debate público, Friedrich Ebert Stiftung, 2011. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/mexiko/08726.pdf>

- Secretaría de Salud de San Luis Potosí, *Diagnóstico sectorial. Sector salud. San Luis Potosí 2018*, Secretaría de Salud de San Luis Potosí, 2019. <http://www.slpsalud.gob.mx/transparenciaadmon/transparencia/2019/ene/DiagnosticoSalud/DIAGNOSTICO-SALUD.pdf>
- SGM, Sistemas de información geográfica. Servicio Geológico Minero, 2020. <https://www.sgm.gob.mx/Web/MuseoVirtual/SIG/Introduccion-SIG.html>
- SOMOLINOS MOLINA, C., “Lo personal es político”. Patrones de construcción de género en la Transición española. *Daniela Astor y la caja negra*, de Marta Sanz, *Philobiblión. Revista de Literaturas Hispánicas*, núm. 2, 2015, pp. 90-104. https://www.academia.edu/45464360/_Lo_personal_es_pol%C3%ADtico_Patrones_de_construcci%C3%B3n_de_g%C3%A9nero_en_la_Transici%C3%B3n_espa%C3%B1ola_Daniela_Astor_y_la_caja_negra_de_Marta_Sanz
- TODARO, R., y Yañez, S., *El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género*, Ediciones Centro de Estudios de la Mujer (CEM), 2004.
- TRONTO, J., *Moral Boundaries. A political Argument for and ethic of care*, Routledge, 1994.
- UNFPA, PNUD y ONU Mujeres, *Ampliando la mirada: la integración de los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos*, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres), 2012. <https://www.onu.org.mx/wp-content/uploads/2015/11/AmpliandolaMirada.pdf>
- Universidad Alberto Hurtado, Fundación para la Superación de la Pobreza y Fondo Canadiense para Iniciativas Locales, *Guía pedagógica para una educación intercultural, anti-racista y con perspectiva de género. Ideas, experiencias y herramientas*, PRIEM, Fundación para la Superación de la Pobreza, Embajada de Canadá, 2017. <https://www.gcedclearinghouse.org/sites/default/files/resources/170102spa.pdf>
- VILÁ VALENTÍ, J., *Introducción al estudio teórico de la geografía*, Editorial Ariel, 1983, ISBN: 84-344-3437-7.

- VILALTA, C. J., *Análisis de datos*, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2016.
- VILLA, M., y Martínez, J., Tendencias y patrones de la migración internacional en América Latina y el Caribe, *Notas de Población*, año XXVIII, núm. 73, 2001. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12710/np73051099_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- VILLARREAL MONTOYA, A., Relaciones de poder en la sociedad patriarcal, *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, vol. 1, núm. 1, enero-junio, 2001. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/8456/17431>
- WAINERMAN, C., y Binstock, G., El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires, *Desarrollo Económico*, vol. 32, núm. 126, 1992, pp. 271- 284.
- ZAVALA DE COSÍO, M., La transición demográfica en México (1895-2010), en C. Rabell (coord.), *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*, Fondo de Cultura Económica, 2014, p. 80-114.

ANEXOS

CUESTIONARIOS PARA CUIDADORAS FORMALES Y NO FORMALES

Diagnóstico para identificar la ubicación, necesidades e intereses de las personas cuidadoras formales

Le agradecemos participar en este diagnóstico, el cual pretende conocer las necesidades e intereses de las personas que brindan cuidados de manera formal en diversas instituciones en el estado de San Luis Potosí. Este estudio lo realiza el Instituto Nacional de las Mujeres y el Instituto de las Mujeres del Estado, a través de El Colegio de San Luis, con fines únicamente autorizados para la producción de conocimiento sobre el tema mencionado.

Autorizo que se utilicen los datos recabados en esta encuesta, confirmo que la información que proporcione es verdadera y autorizo que sea incorporada al diagnóstico.

Sí autorizo_____ No autorizo_____

1. Datos generales

1.1. ¿Cómo se enteró de la encuesta?

- a) Me invitó una de las investigadoras
- b) Me invitó una institución
- c) Me invitó una persona conocida

1.2. Nombre de la persona o institución que le compartió el enlace de la encuesta

1.3 Municipio en el que vive

1.4 Localidad, comunidad o colonia

1.5 ¿Qué edad tiene?

1.6 ¿Pertenece a alguna etnia indígena?

- a) Sí
- b) No

1.7 En caso de pertenecer a alguna etnia indígena, ¿a cuál?

- a) Náhuatl
- b) Tének
- c) Pame o Xi'úi
- d) Otomí
- e) Otro

1.8 ¿Cuál es su estado civil actual?

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión libre
- d) Divorciada
- e) Separada
- f) Viuda
- g) Otro

1.9 ¿Con quién vive? (seleccione tantas opciones como encuentre aplicable)

- a) Pareja
- b) Hijos e/o hijas
- c) Padre y/o madre
- d) Hermanos y/o hermanas
- e) Suegro y/o suegra
- f) Vivo sola
- g) Otros

1.10 En caso de que viva con otras personas, especifique.

1.11 ¿Hasta qué grado estudió?

- a) No acudí a la escuela
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Preparatoria incompleta
- g) Preparatoria completa
- h) Carrera técnica incompleta
- i) Carrera técnica completa
- j) Universidad incompleta
- k) Universidad completa
- l) Posgrado

1.12 En caso de que su último grado de estudios sea carrera técnica, universidad o posgrado, especifique cuál fue.

1.13 Nombre de la escuela en que cursó su último nivel de estudios

1.14 ¿Ha migrado a otro país, ciudad o municipio por razones de trabajo o estudio relacionado con el cuidado?

- a) Sí
- b) No

1.15 En caso de que sí, ¿por qué migró?

- a) Por falta de oportunidades en mi ciudad
- b) Para ganar más salario
- c) Para tener nuevas experiencias
- d) Por trabajo
- e) Por inseguridad
- f) Para conocer otros lugares
- g) Por gusto
- h) Otras razones

1.16 ¿Practica alguna religión?

- a) Sí
- b) No

1.17 En caso de practicar alguna religión ¿cuál es?

- a) Católica
- b) Cristiana
- c) Testigo de Jehóva
- d) Agnóstico
- e) Protestantismo
- f) Evangélico
- g) Otra

1.18 ¿Qué tan importante es la religión para usted?

- a) Muy importante
- b) Importante
- c) Poco importante
- d) No es importante

1.19 ¿En su casa alguien ha recibido o recibe apoyo de algún programa de gobierno?

- a) Sí
- b) No

1.20 ¿Qué tipo de apoyo recibe?

- a) PROSPERA, Programa de Inclusión Social
- b) Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia
- c) Programa de Apoyo Alimentario
- d) Programa Pensión para Personas Adultas Mayores
- e) Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras
- f) Programa Abasto Social de Leche LICONSA
- g) Otro

1.21 En caso de recibir apoyo de otro programa de gobierno, especifique cuál es.

1.22 ¿En qué utiliza el dinero que recibe? (marque todos los que apliquen)

- a) Pagar renta o hipoteca de casa
- b) Pagar crédito bancario

- c) Pagar auto
- d) Pagar despensa y alimentos
- e) Pagar servicios médicos
- f) Pagar medicamentos
- g) Pagar servicios (agua, luz, gas)
- h) Pagar vestido y calzado
- i) Paseos y actividades de recreación
- j) Transporte público (taxi, uber, camiones)
- k) Gasolina

2. Información sobre empleo actual

2.1. ¿En qué institución trabaja?

- a) Centro de salud
- b) Hospital rural
- c) Clínica rural
- d) Hospital urbano
- e) Guardería
- f) Estancia infantil
- g) Preescolar
- h) Instrucción comunitaria
- i) Albergue
- j) Casa hogar
- k) Asilo
- l) Otra institución

2.2. En caso de trabajar en otra institución, especifique cuál es.

2.3. La institución en que trabaja ¿de qué tipo de sector es?

- a) Público
- b) Privado

2.4. ¿Qué tipo de servicios ofertan en la institución donde trabaja?

- a) Atención a la salud
- b) Educación
- c) Cuidado a la población infantil
- d) Cuidado a la población adulta mayor

- e) Atención a población rural o indígena
- f) Otros servicios

2.5. En caso de haber respondido otros servicios, especifique el tipo de servicio.

2.6. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando allí?

- a) Menos de un año
- b) De 1 a 5 años
- c) De 6 a 10 años
- d) De 11 a 15 años
- e) De 16 a 20 años
- f) Más de 20 años

2.7. ¿Cuál es el tipo de contratación que tiene en la institución?

- a) Contrato por obra o tiempo determinado
- b) Contrato por tiempo indeterminado o definitivo
- c) Contrato por período de prueba
- d) Contrato por capacitación inicial
- e) Contrato por relación de trabajo por temporada
- f) Otro tipo de contrato

2.8. En caso de tener otro tipo de contrato, especifique cuál.

2.9. ¿Cuáles prestaciones tiene?

- a) Guardería
- b) Servicio médico
- c) Seguro de gastos médicos mayores
- d) Seguro de gastos médicos menores
- e) Licencia por maternidad
- f) Licencia por paternidad
- g) Vacaciones
- h) Derecho a jubilación y pensión
- i) Servicio de comedor
- j) Caja de ahorros
- k) Aguinaldo

- l) Apoyo para despensa
- m) Transporte
- n) Otro

2.10. ¿Cuál es su puesto?

- a) Enfermera auxiliar
- b) Enfermera técnica
- c) Enfermera general
- d) Licenciada en enfermería
- e) Enfermera especialista
- f) Enfermera de cuidados domiciliarios
- g) Cuidadora en guardería
- h) Cuidadora en preescolar
- i) Otro puesto

2.11. En caso de tener otro puesto, especifique cuál es.

2.12. ¿Qué tipo de población atiende? (marque todas las que considere pertinentes)

- a) Recién nacidos
- b) Menores de 1 año
- c) Niños y niñas de 1 a 5 años
- d) Población de 6 a 18 años
- e) Población adulta entre 18 y 59 años
- f) Población mayor de 60 años
- g) Niños y niñas en situación de enfermedad
- h) Personas adultas en situación de enfermedad
- i) Personas adultas mayores en situación de enfermedad
- j) Niños y niñas en situación de discapacidad
- k) Personas adultas en situación de discapacidad
- l) Personas adultas mayores en situación de discapacidad
- m) Otra población

2.13. ¿Cómo definiría el grado de relación que tiene su trabajo actual con lo que estudió?

- a) Muy relacionado
- b) Medianamente relacionado
- c) Poco relacionado

2.14. ¿El trabajo que realiza cumple con sus expectativas?

- a) Mucho
- b) Regular
- c) Poco
- d) Nada

2.15. Su carga de trabajo corresponde con el puesto que ocupa.

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Casi nunca
- d) Nunca

2.16. La institución donde laboro brinda capacitaciones para mejorar mi desempeño

- a) Sí
- b) No

2.17. ¿Cuántas horas trabaja en su jornada laboral?

2.18. ¿Cuál es su salario mensual, quitando impuestos y deducciones?

2.19. Se dice que, en el cuidado profesional, una se relaciona afectivamente con quien cuida. Qué tan de acuerdo está usted con esta afirmación.

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) En desacuerdo
- d) Totalmente en desacuerdo

2.20. ¿Considera que el afecto que siente por las personas contribuye en los cuidados que le brinda?

- a) Sí
- b) No

3. Cuidados en el ámbito familiar

3.1. En su familia ¿realiza labores de cuidado?

- a) Sí
- b) No

3.2. ¿A qué personas cuida en su familia?

- a) Hijos y/o hijas
- b) Pareja
- c) Madre
- d) Padre
- e) Otro familiar
- f) Otra persona

3.3. ¿La personas o personas que cuida reciben apoyo de algún programa de gobierno?

- a) Sí
- b) No

3.4 ¿Qué tipo de apoyo reciben?

- a) Prospera, Programa de Inclusión Social
- b) Programa Seguro de vida para jefas de familia
- c) Programa de apoyo alimentario
- d) Programa pensión para adultos mayores
- e) Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras
- f) Programa de abasto social de leche, a cargo de LICONSA
- g) Otro programa

3.5 En caso de recibir apoyo de otro programa de gobierno, especifique cuál.

3.6 ¿En qué se utiliza este apoyo? (marque todos los que apliquen)

- a) Pagar renta o hipoteca de casa
- b) Pagar crédito bancario
- c) Pagar auto
- d) Pagar despensa y alimentos
- e) Pagar servicios médicos
- f) Pagar medicamentos
- g) Pagar servicios (agua, luz, gas)
- h) Pagar vestido y calzado
- i) Paseos y actividades de recreación
- j) Transporte público (taxi, uber, camiones)
- k) Gasolina
- l) Otros

3.7 ¿Los programas actuales del gobierno les benefician más que los programas anteriores?

- a) Sí
- b) No

3.8 ¿Por qué?

3.9 ¿Cuántas horas al día dedica al cuidado de estas personas?

3.10 De las siguientes características, ¿cuáles tiene la persona que cuida en su hogar? (seleccione todas las que considere pertinente)

- a) Menores de 1 año
- b) Menores de 5 años
- c) Persona adulta mayor
- d) Persona con discapacidad
- e) Personas con enfermedad
- f) Personas con enfermedad mental
- g) Otras características

3.11. En caso de que tenga alguna discapacidad, ¿de qué tipo es?

- a) Mental
- b) Visual

- c) Auditiva
- d) Motriz
- e) Otra

3.12. En caso de que tenga alguna enfermedad, ¿cuál es o cuáles son?

- a) Hipertensión
- b) Cardiopatía
- c) Desnutrición
- d) Obesidad
- e) Cáncer
- f) Asma
- g) Alergias
- h) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- i) Diabetes
- j) Parkinson o Alzheimer
- k) Artritis o lupus
- l) VIH u otras ITS
- m) Depresión
- n) Ansiedad
- o) Problemas de tiroides
- p) Reumatismo
- q) Osteoporosis
- r) Lumbalgia
- s) Otra enfermedad

3.13. ¿Alguna de las personas que cuida tiene alguna enfermedad mental?

- a) Sí
 - b) No
- No aplica

3.14. ¿Cuál enfermedad mental?

- 3.15. ¿Qué actividades de cuidado realiza para las personas que cuida?
- a) Actividades de respiración (administración de oxígeno, aspiración de secreciones, ejercicios respiratorios, valoración de oximetría)
 - b) Comer y beber de forma adecuada (preparación de alimentos, apoyar con alimentación por vía oral, por sonda en la nariz, por boca, por catéter central, por gastroclisis)
 - c) Colocar suero parental (monitorear la administración del suero parental, administrar electrolitos por vía oral, administrar electrolitos por vía parental)
 - d) Moverse y mantener una postura adecuada (cambios de posición con horario, ejercicios de cama, aplicar medios de sujeción, apoyar para la marcha fuera de cama, mover al paciente dentro de cama, mover al paciente fuera de cama)
 - e) Dormir y descansar (administrar sedantes o relajantes para conciliar el sueño, vestir y desvestir al paciente)
 - f) Mantener la temperatura corporal (chequear la temperatura con horario, arropar al paciente)
 - g) Mantener la higiene (aseo, bañar a la persona para baño en regadera, cambio de pañales, cambio de ropa, lavar oídos, aseo bucal, hidratación de la piel).
 - h) Evitar peligros
 - i) Comunicación (apoyo en la colocación de dispositivos para escuchar, terapia de lenguaje)
 - j) Apoyo religioso (rezar con el paciente, buscar apoyo religioso)
 - k) Manejo del estrés (terapia de relajación)
 - l) Masajes
 - m) Actividad física y actividades de recreación (ejercicio, paseos, juegos)
 - n) Educación (llevar y recoger de la escuela, tareas y requerimientos escolares)
 - o) Conducta
 - p) Llevar al servicio médico y a comprar las medicinas
 - q) Otros

3.16. Especificar otros cuidados que brinda

3.17. ¿Cuánto tiempo lleva realizando estas labores de cuidado en casa?

3.18. ¿Quién le enseñó?

- a) Escuela
- b) Abuela
- c) Madre
- d) Persona de la comunidad
- e) Hermana
- f) Amiga
- g) Asociación civil
- h) Iglesia
- i) Nadie
- j) Otra persona

3.19. ¿Qué edad tenía cuándo aprendió?

3.20. ¿Puede dejar de realizar labores de cuidado para atender asuntos personales como estudiar, atender su salud, visitar a algún familiar o amiga, actividades de ocio y recreación?

- a) Sí
- b) No

3.21. En caso de que sí, ¿quién realiza las labores de cuidado en su ausencia?

- a) Padre
- b) Madre
- c) Pareja
- d) Hijo
- e) Hija
- f) Hermana
- g) Persona a quien se le paga
- h) Institución

3.22. ¿Le paga o ha pagado a alguien para que realice estas labores de cuidado?

- a) Sí
- b) No

3.23. ¿Cuánto le paga o pagaba por día?

- a) Menos de \$100
- b) Entre \$100 y \$200
- c) Entre \$201 y \$500
- d) Entre \$501 y \$1000
- e) Más de \$1000

3.24. ¿Considera que necesita ayuda en las labores de cuidado que realiza?

- a) Sí
- b) No

3.25. En caso de que sí, ¿qué tipo de ayuda necesita? (seleccione todas las que considere pertinentes)

- a) Para bañarle
- b) Para alimentarle
- c) Para administrar medicamentos
- d) Para realizar procedimientos como toma de glucosa, presión arterial, curaciones
- e) Para movilizarle
- f) Para sacarle a pasear o hacerle compañía
- g) Otros tipos de apoyo

3.26. ¿Considera que necesita ayuda económica por las labores de cuidado que realiza?

- a) Sí
- b) No

3.27. En caso de que sí, ¿cuánto considera que necesita por día?

4. Estado de salud

4.1. ¿Cómo considera que es su estado de salud en general?

- a) Muy bueno
- b) Bueno
- c) Regular
- d) Malo
- e) Muy malo

4.2. ¿Tiene alguna discapacidad?

- a) Sí
- b) No

4.3. En caso de que sí, ¿de qué tipo?

- a) Visual
- b) Auditiva
- c) Motriz
- d) De aprendizaje
- e) Otra

4.4. ¿Padece alguna enfermedad?

- a) Sí
- b) No

4.5. En caso de que sí, ¿cuál? (marque todas las que apliquen)

- a) Hipertensión
- b) Cardiopatía
- c) Obesidad
- d) Desnutrición
- e) Cáncer
- f) Asma
- g) Alergias
- h) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- i) Diabetes
- j) Parkinson o Alzheimer
- k) Artritis o lupus
- l) Depresión

- m) Ansiedad
- n) Problemas de tiroides
- o) Reumatismo
- p) Osteoporosis
- q) Lumbalgia
- r) Otra

4.6. En caso de haber respondido otra, ¿cuál enfermedad es?

4.7. ¿Recibe atención médica?

- a) Sí
- b) No

4.7. ¿Dónde recibe la atención?

- a) Consulta privada
- b) IMSS
- c) ISSSTE
- d) Consultorio de farmacia
- e) Hospitales públicos costeados la consulta
- f) Hospitales públicos mediante INSABI
- g) Otro lugar

CUESTIONARIO DE CUIDADORAS NO FORMALES

Diagnóstico para identificar la ubicación, necesidades e intereses de las personas cuidadoras no formales

Le agradecemos participar en este diagnóstico, el cual pretende conocer las necesidades e intereses de las personas que brindan cuidados de manera informal en el estado de San Luis Potosí. Este estudio lo realiza el Instituto Nacional de las Mujeres y el Instituto de las Mujeres del Estado, a través de El Colegio de San Luis, con fines únicamente autorizados para la producción de conocimiento sobre el tema mencionado.

Autorizo que se utilicen los datos recabados en esta encuesta, confirmo que la información que proporciono es verdadera y autorizo que sea incorporada al diagnóstico.

Sí autorizo_____ No autorizo_____

1. Datos generales

1.1. ¿Cómo se enteró de la encuesta?

- a) Me invitó una de las investigadoras
- b) Me invitó una institución
- c) Me invitó una persona conocida

1.2 Nombre de la persona o institución que le compartió el enlace de la encuesta

1.3 Municipio en el que vive

1.4 Localidad, comunidad o colonia

1.5 ¿Qué edad tiene?

1.6 ¿Pertenece a alguna etnia indígena?

- a) Sí
- b) No

1.7 En caso de pertenecer a alguna etnia indígena, ¿a cuál?

- a) Náhuatl
- b) Tének
- c) Pame o Xi'úi
- d) Otomí
- e) Otro

1.8 En caso de pertenecer a otra etnia, ¿cuál es?

1.9 ¿Cuál es su estado civil actual?

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión libre
- d) Divorciada
- e) Separada
- f) Viuda
- g) Otro

1.10 ¿Con quién vive? (seleccione tantas opciones como encuentre aplicable)

- a) Pareja
- b) Hijos e/o hijas
- c) Padre y/o madre
- d) Hermanos y/o hermanas
- e) Suegro y/o suegra
- f) Vivo sola
- g) Otros

1.11 En caso de que viva con otras personas, ¿con quiénes más vive?

1.12 ¿Hasta qué grado estudió?

- a) No acudí a la escuela
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa

- f) Preparatoria incompleta
- g) Preparatoria completa
- h) Carrera técnica incompleta
- i) Carrera técnica completa
- j) Universidad incompleta
- k) Universidad completa
- l) Posgrado

1.13 ¿Ha migrado a otro país, ciudad o municipio?

- a) Sí
- b) No

1.14 En caso de que sí, ¿a dónde migró?

1.15 En caso de que sí, ¿por qué migró?

- a) Por falta de oportunidades en mi ciudad
- b) Para ganar más salario
- c) Para tener nuevas experiencias
- d) Por trabajo
- e) Por inseguridad
- f) Para conocer otros lugares
- g) Por gusto
- h) Otras razones

1.16 ¿Practica alguna religión?

- a) Sí
- b) No

1.17 En caso de practicar alguna religión, ¿cuál es?

- a) Católica
- b) Cristiana
- c) Testigo de Jehóva
- d) Agnóstico
- e) Protestantismo
- f) Evangélico
- g) Otra

1.18 ¿Qué tan importante es la religión para usted?

- a) Muy importante
- b) Importante
- c) Poco importante
- d) No es importante

1.19 ¿Recibe apoyo de algún programa de gobierno?

- a) Sí
- b) No

1.20 ¿Qué tipo de apoyo recibe?

- a) Programa de Inclusión Social PROSPERA
- b) Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia
- c) Programa de Apoyo Alimentario
- d) Programa Pensión Universal para Personas Adultas Mayores
- e) Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras
- f) Programa de Abasto Social de Leche LICONSA
- g) Otro

1.21 En caso de recibir apoyo de otro programa de gobierno, especifique cuál es.

1.22 ¿En qué utiliza el dinero que recibe? (marque todos los que apliquen)

- a) Pagar renta o hipoteca de casa
- b) Pagar crédito bancario
- c) Pagar auto
- d) Pagar despensa y alimentos
- e) Pagar servicios médicos
- f) Pagar medicamentos
- g) Pagar servicios (agua, luz, gas)
- h) Pagar vestido y calzado
- i) Paseos y actividades de recreación
- j) Transporte público (taxi, uber, camiones)
- k) Gasolina

2. Información sobre cuidados

2.1. ¿Con quién o quiénes realiza labores de cuidado?

- a) Familia
- b) Amistades
- c) Personas que requieren labores de cuidado de manera ocasional
- d) Personas que requieren labores de cuidado de manera permanente

2.2. ¿A cuántas personas cuida en su familia?

2.3. ¿A qué personas cuida en su familia?

- a) Hijos y/o hijas
- b) Pareja
- c) Madre
- d) Padre
- e) Otro familiar
- f) Otra persona

2.4. ¿La persona o personas que cuida reciben apoyo de algún programa de gobierno?

- a) Sí
- b) No

2.5. ¿Qué tipo de apoyo reciben?

- a) Programa de Inclusión Social PROSPERA
- b) Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia
- c) Programa de Apoyo Alimentario
- d) Programa Pensión Universal para Personas Adultas Mayores
- e) Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras
- f) Programa de Abasto Social de Leche LICONSA
- g) Otro programa

2.6 En caso de recibir apoyo de otro programa de gobierno, especifique cuál.

2.7 ¿En qué se utiliza este apoyo? (marque todos los que apliquen)

- a) Pagar renta o hipoteca de casa
- b) Pagar crédito bancario
- c) Pagar auto
- d) Pagar despensa y alimentos
- e) Pagar servicios médicos
- f) Pagar medicamentos
- g) Pagar servicios (agua, luz, gas)
- h) Pagar vestido y calzado
- i) Paseos y actividades de recreación
- j) Transporte público (taxi, uber, camiones)
- k) Gasolina
- l) Otros

2.8 ¿Los programas actuales del gobierno les benefician más que los programas anteriores?

- a) Sí
- b) No

2.9 ¿Por qué?

2.10 ¿Cuántas horas al día dedica al cuidado de estas personas?

2.11 ¿Alguna de las personas que cuida tienen menos de 5 años?

- a) Sí
- b) No

2.12. ¿Alguna de las personas que cuida es una persona adulta mayor?

- a) Sí
- b) No

2.13. ¿Alguna de las personas que cuida tiene alguna discapacidad?

- a) Sí
- b) No
- c) No aplica

- 2.14. En caso de que tenga alguna discapacidad ¿cuál es?
- 2.15. ¿Alguna de las personas que cuida tiene alguna enfermedad?
- a) Sí
 - b) No
 - c) No aplica
- 2.16. ¿De qué está enferma?
- 2.17. ¿Alguna de las personas que cuida tiene alguna enfermedad mental?
- a) Sí
 - b) No
 - c) No aplica
- 2.18. ¿Cuál enfermedad mental?
- 2.19 ¿Qué actividades de cuidado realiza para las personas que cuida?
- a) Actividades de respiración (administración de oxígeno, aspiración de secreciones, ejercicios respiratorios, valoración de oximetría)
 - b) Comer y beber de forma adecuada (preparación de alimentos, apoyar con alimentación por vía oral, por sonda en la nariz, por boca, por catéter central, por gastroclisis)
 - c) Colocar suero parental (monitorear la administración del suero parental, administrar electrolitos por vía oral, administrar electrolitos por vía parental)
 - d) Moverse y mantener una postura adecuada (cambios de posición con horario, ejercicios de cama, aplicar medios de sujeción, apoyar para la marcha fuera de cama, mover al paciente dentro de cama, mover al paciente fuera de cama).
 - e) Dormir y descansar (administrar sedantes o relajantes para conciliar el sueño, vestir y desvestir al paciente).
 - f) Mantener la temperatura corporal (chechar la temperatura con horario, arropar al paciente)

- g) Mantener la higiene (aseo, bañar a la persona para baño en regadera, cambio de pañales, cambio de ropa, lavar oídos, aseo bucal, hidratación de la piel).
- h) Evitar peligros
- i) Comunicación (apoyo en la colocación de dispositivos para escuchar, terapia de lenguaje).
- j) Apoyo religioso (rezar con el paciente, buscar apoyo religioso).
- k) Manejo del estrés (terapia de relajación).
- l) Masajes.
- m) Actividad física y actividades de recreación (ejercicio, paseos, juegos)
- n) Educación (llevar y recoger de la escuela, tareas y requerimientos escolares)
- o) Conducta
- p) Llevar al servicio médico y a comprar las medicinas
- q) Otros

2.20. Especificar otros cuidados que brinda

2.21. En caso de que acompañe a la persona que tiene bajo su cuidado a consultas médicas, terapias de rehabilitación o algún otro tipo de consulta, ¿cuánto tiempo considera que dedica en el acompañamiento de consultas médicas o terapias de rehabilitación?

2.22. En caso de que haga estos acompañamientos, ¿cómo traslada a la persona que tiene bajo su cuidado a los centros de atención médica o rehabilitadora?

- a) Caminando
- b) Transporte público
- c) Taxi o uber
- d) Auto propio

2.23. ¿Recibe un pago o apoyo para el transporte cuando tiene que acompañar a la persona que tiene bajo su cuidado al médico o a terapia?

- a) Sí
- b) No

2.24. ¿Cuánto tiempo lleva realizando estas labores de cuidado?

2.25. ¿Quién le enseñó?

- a) Escuela
- b) Abuela
- c) Madre
- d) Persona de la comunidad
- e) Hermana
- f) Amiga
- g) Asociación civil
- h) Iglesia
- i) Nadie
- j) Otra persona

2.26. ¿Qué edad tenía cuando aprendió?

2.27. En caso de cuidar personas que no son sus familiares, ¿recibe algún pago por los servicios de cuidado que realiza hacia estas personas?

- a) Sí
- b) No

2.28. En caso de sí recibir, ¿cuánto recibe al día?

- a) Menos de \$100
- b) Entre \$100 y \$200
- c) Entre \$201 y \$500
- d) Entre \$501 y \$1000
- e) Más de \$1000

2.29. ¿Cuántas horas por día realiza labores de cuidado a su familiar o familiares?

2.30. ¿Cuántas horas por día realiza labores de cuidado a personas que no son sus familiares?

2.31. ¿Puede dejar de realizar labores de cuidado para atender asuntos personales como estudiar, atender su salud, visitar a algún familiar o amiga, actividades de ocio y recreación?

- a) Sí
- b) No

2.32. En caso de que sí, ¿quién realiza las labores de cuidado en su ausencia?

- a) Padre
- b) Madre
- c) Pareja
- d) Hijo
- e) Hija
- f) Hermana
- g) Persona a quién se le paga
- h) Institución

2.33. ¿Le paga o ha pagado a alguien para que realice estas labores de cuidado?

- a) Sí
- b) No

2.34. ¿Cuánto le paga o pagaba por día?

- a) Menos de \$100
- b) Entre \$100 y \$200
- c) Entre \$201 y \$500
- d) Entre \$501 y \$1000
- e) Más de \$1000

2.35. ¿Cuántas horas trabajaba o trabaja esta persona?

2.36. ¿Considera que necesita ayuda en las labores de cuidado que realiza?

- a) Sí
- b) No

2.37. En caso de que sí, ¿qué tipo de ayuda necesita? (seleccione todas las que considere pertinentes)

- a) Para bañarle
- b) Para alimentarle
- c) Para administrar medicamentos
- d) Para realizar procedimientos como tomar de glucosa, presión arterial, curaciones
- e) Para movilizarlo
- f) Para sacarle a pasear o hacerle compañía
- g) Otros tipos de apoyo

2.38. ¿Considera que necesita ayuda económica por las labores de cuidado que realiza?

- a) Sí
- b) No

2.39. En caso de que sí, ¿cuánto considera que necesita por día?

2.40. ¿Tiene una relación afectiva con la persona que cuida?

- a) Sí
- b) No
- c) Prefiere no responder

2.41. ¿Considera que el afecto que siente por la persona contribuye en los cuidados que le brinda?

- a) Sí
- b) No

2.42. ¿Por qué?

2.43. ¿Considera que las labores de cuidados que realiza tienen un efecto en sus emociones o su estado de ánimo habitual?

- a) Sí
- b) No

2.44. ¿Cómo le hace sentir?

- a) Me hace sentir alegre y de buen humor
- b) Me hace sentir tranquila
- c) Me hace sentir triste
- d) Me deprime
- e) Me hace sentir estresada
- f) Me provoca otro sentimiento
- g) Me hace sentir enojada

2.45. Si le provoca otro sentimiento, ¿cuál es?

3. Estado de salud

3.1. ¿Cómo considera que es su estado de salud en general?

- a) Muy bueno
- b) Bueno
- c) Regular
- d) Malo
- e) Muy malo

3.2. ¿Tiene usted alguna discapacidad?

- a) Sí
- b) No

3.3. En caso de que sí, ¿qué tipo de discapacidad?

- a) Visual
- b) Auditiva
- c) Motriz
- d) De aprendizaje
- e) Otra

3.4. ¿Padece alguna enfermedad?

- a) Sí
- b) No

3.5. En caso de que sí, ¿cuál? (marque todas las que apliquen)

- a) Hipertensión
- b) Cardiopatía
- c) Desnutrición
- d) Obesidad
- e) Cáncer
- f) Asma
- g) Alergias
- h) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- i) Diabetes
- j) Parkinson o Alzheimer
- k) Artritis o lupus
- l) VIH u otras ITS
- m) Depresión
- n) Ansiedad
- o) Problemas de tiroides
- p) Reumatismo
- q) Osteoporosis
- r) Lumbalgia
- s) Otra enfermedad

3.6. En caso de haber respondido otra, ¿cuál enfermedad es?

3.7. ¿Recibe atención médica?

- a) Sí
- b) No

3.7. ¿Dónde recibe la atención?

- a) Consulta privada
- b) Hospitales públicos costeados la consulta
- c) ISSSTE
- d) IMSS
- e) Consultorio de farmacia
- f) Hospitales públicos mediante INSABI
- g) Otro lugar

4. Otras actividades e intereses

4.1. Además de las labores de cuidado, ¿realiza alguna otra actividad?

- a) Sí
- b) No

4.2. En caso de que sí, ¿qué tipo de actividad realiza?

4.3. Por esta actividad ¿recibe alguna remuneración económica?

- a) Sí
- b) No

4.4 ¿Cuánto recibe por día?

- a) Menos de \$100
- b) Entre \$100 y \$200
- c) Entre \$201 y \$500
- d) Entre \$501 y \$1000
- e) Más de \$1000

4.5 ¿Le gustaría realizar alguna otra actividad?

- a) Sí
- b) No
- c) Tal vez

4.6 En caso de que sí, ¿qué tipo de actividades le gustaría realizar?