



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**FACULTAD DE ECONOMÍA
CENTRO DE ESTUDIOS DEL DESARROLLO
ECONÓMICO Y SOCIAL**

**“APROXIMACIÓN GEOGRÁFICA DE LA SITUACIÓN
DE CUIDADOS A LARGO PLAZO EL MUNICIPIO DE
PUEBLA DURANTE EL AÑO 2020”**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN DESARROLLO ECONÓMICO
Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL.**

PRESENTA:

Lft. Alma Lucero Rodríguez Morales

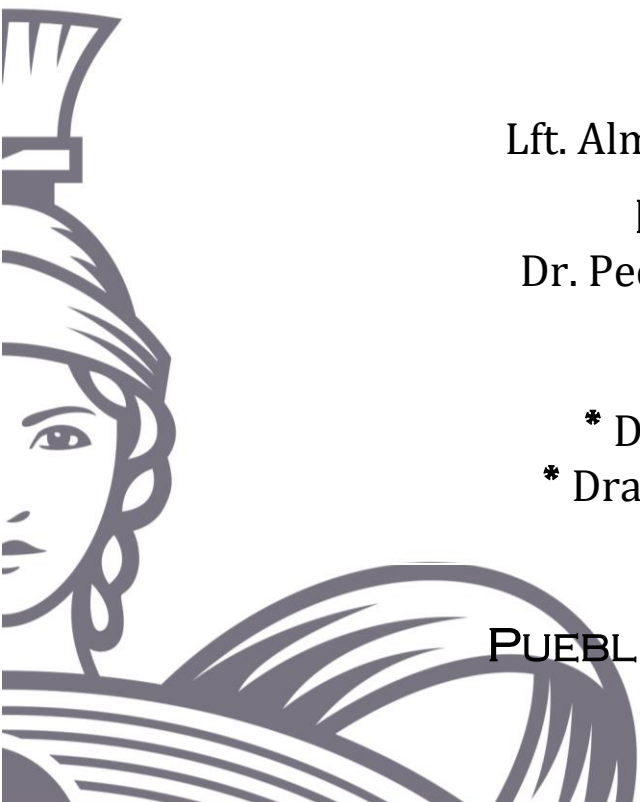
DIRECTOR DE TESIS

Dr. Pedro Macario García Caudillo.

COMITÉ TUTORIAL:

- * Dra. Karina Orozco Rocha.**
- * Dra. María Isabel Angoa Pérez.**

PUEBLA, PUE. OCTUBRE 2022



BUAP

**Facultad de
Economía**

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**FACULTAD DE ENOCOMÍA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE
POSGRADO**

**MAESTRÍA EN DESARROLLO ECONÓMICO Y COOPERACIÓN
INTERNACIONAL.**

SE APRUEBA LA TESIS:

**“APROXIMACIÓN GEOGRÁFICA DE LA SITUACIÓN DE CUIDADOS A
LARGO PLAZO EL MUNICIPIO DE PUEBLA DURANTE EL AÑO
2020”**

DE LA ALUMNA:

ALMA LUCERO RODRÍGUEZ MORALES.

VOTO REVISOR 1

VOTO REVISOR 2

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

VOTO REVISOR 3

VOTO REVISOR 4

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

VOTO REVISOR

NOMBRE Y FIRMA

PUEBLA MÉXICO

OCTUBRE 2022

ÍNDICE

ÍNDICE DE CUADROS	ii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	iii
ÍNDICE DE MAPAS.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
AGRADECIMIENTOS	vi
RESUMEN.....	viii
GLOSARIO DE TÉRMINOS FRECUENTES	x
CAPÍTULO I: SOBRE EL CONCEPTO DE CUIDADOS.....	1
1.1 BREVE HISTORIA DE LOS CUIDADOS.....	3
1.2 SOBRE LA EPISTEMOLOGÍA DE LOS CUIDADOS.	10
1.2.1 APROXIMACIONES ANALÍTICAS A LOS CUIDADOS.	21
1.3 SOBRE LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO Y LOS DEPENDIENTES DE CUIDADO A LARGO PLAZO	32
CAPÍTULO II: MARCO CONTEXTUAL.....	42
2.1 IMPLICACIONES DEL SISTEMA DE CUIDADOS A LARGO PLAZO EN MÉXICO....	43
2.2 SOBRE EL MUNICIPIO DE PUEBLA Y LA CONSTITUCIÓN DEL SISTEMA DE CUIDADOS A LARGO PLAZO.....	49
2.2.1 LOCALIZACIÓN, SOCIO-DEMOGRAFÍA Y GRADO DE MARGINACIÓN.	50
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	59
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	60
3.2 APROXIMACIÓN ANALÍTICA A LA DEMANDA DE CUIDADOS A LARGO PLAZO Y LA OFERTA DE ATENCIÓN PRIMARIA PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLA.....	60
3.2.1 FUENTES DE INFORMACIÓN Y LIMITACIONES.....	62
3.3 METODOLOGÍA: PROGRAMAS Y PROCESOS.	71

CAPÍTULO IV: RESULTADOS, ANÁLISIS Y ALGUNAS NOTAS SOBRE LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO EN PUEBLA MUNICIPAL.....	79
4.1 SOBRE LAS NECESIDADES INSTAURADAS.....	81
4.2 SOBRE LAS POSIBLES NECESIDADES DE CUIDADOS A LARGO PLAZO EN PUEBLA MUNICIPAL.	105
4.3 ANÁLISIS SOBRE LA DESIGUALDAD.....	115
CONCLUSIÓN Y NOTAS FINALES.	118
REFERENCIAS.....	124
ANEXOS: DOCUMENTOS DE AUTORIZACIÓN	139

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Matriz de necesidades propuesta por Max Neff (1993).	15
Cuadro 2. Aportes epistemológicos sobre los cuidados.	20
Cuadro 3. Integración de dominios físico, mental y social con integrantes del proceso de cuidado propuesto por Bárbara Dickens	29
Cuadro 4. Fuentes de información, periodicidad, información de utilidad que aporta y limitaciones en los distintos componentes del concepto de cuidados a largo plazo.	63
CUADRO 5. Elementos para identificación de dependientes de CLP o en riesgo de dependencia de CLP.	76
Cuadro 6: Concentrado de % agudización de aglomeración por tipo de discapacidad y condición mental.	95

CUADRO 7: Concentrado de porcentaje de AGEBS más agudizado con problemas de limitación por tipos y sus relaciones.	114
--	------------

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Características y herramientas de las aproximaciones analíticas de los cuidados	31
Figura 2. Propuesta elementos base de sistema de cuidados a largo plazo integrados.....	41

ÍNDICE DE MAPAS

Mapas 1A- 1C: Ubicación y relación geográfica del municipio de Puebla.	52
Mapa 2. Lugares de referencia espacial en el municipio de Puebla.....	80
Mapa 3. AGEBS con presencia de discapacidad.....	83
Mapa 4. AGEBS con presencia de discapacidad motora (caminar, subir o bajar).	83
Mapa 5. AGEBS con presencia de discapacidad visual aún usando lentes.	84
Mapa 6. AGEBS con presencia de discapacidad auditiva aun usando aparato auditivo.	86
Mapa 7. AGEBS con presencia de discapacidad esencial (vestirse, bañarse, comer).....	86
Mapa 8. AGEBS con presencia de discapacidad cognitiva (recordar o concentrarse).....	88

Mapa 9. AGEs con presencia problemas o condición mental (conciencia, retraso mental o alteraciones en la conducta).	88
Mapa 10. AGEs con alta probabilidad de necesidad de cuidados a largo plazo (Condición mental y/o discapacidad, excepto de lenguaje).	90
Mapa 11A. AGEs con coincidencia de alta probabilidad de necesidad de cuidados a largo plazo (Condición mental y/o discapacidad, excepto de lenguaje) y gran concentración de adultos mayores de 60 años.	93
Mapa 11B. AGEs con coincidencia de alta probabilidad de necesidad de cuidados a largo plazo (Condición mental y/o discapacidad, excepto de lenguaje) y gran concentración de personas con alguna condición o problema mental.....	93
Mapa 11C. AGEs con baja incidencia de discapacidad motora, visual o esencial, pero alta incidencia de condición mental, discapacidad cognitiva y la ubicación del Centro de reinserción social del estado y Centro de rehabilitación y educación Especial	94
Mapa 12. AGEs con poca dificultad al subir, bajar o caminar, ver aun usando lentes, oír aun usando aparato auditivo, bañarse, comer y/o vestirse, recordar y concentrarse.	106
Mapas 13A-13D. A. AGEs con limitaciones para caminar subir y bajar. B. AGEs según personas con limitación visual aun usando lentes. C. AGEs con limitación esencial, bañarse, vestirse, comer. D. AGEs con mayores concentraciones de personas con limitación en bajar o caminar, ver aun usando lentes y bañarse, comer y/o vestirse	108

Mapas 14A-14D. A. AGEBS con limitaciones para oír aun usando aparato auditivo. B. AGEBS con mayor concentración de personas con limitación auditiva aun usando aparato y personas mayores de 60 años. C. AGEBS con limitación cognitiva: recordar y concentrarse. D. AGEBS con mayores concentraciones de personas con limitación auditiva aun usando aparato y cognitiva: concentrarse y recordar. **111**

Mapas 15-15B: Mapa 15, AGEBS con mayor número de personas con alguna limitación en la ciudad de Puebla y oferta de centros de salud y rehabilitación. Mapa 15A: Acercamiento de AGEBS bosques de San Sebastián y la relación con las distancias de los centros de salud más cercanos. Mapa 15B: Acercamiento de AGEBS Los Héroes Puebla y la relación con las distancias de los centros de salud más cercanos **113**

Mapa 16A- 16B: 16A AGEBS con alta concentración de pérdida de la capacidad intrínseca y alto índice de marginación. 16B. AGEBS con alta concentración de limitación para las AVD y alto grado de marginación **116**

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Alojamientos de asistencia social en la ciudad de Puebla de Zaragoza y sus características. Parte 1/2. **97**

Tabla 1. Alojamientos de asistencia social en la ciudad de Puebla de Zaragoza y sus características. Parte 2/2. **98**

AGRADECIMIENTOS

Se comenta que alguna vez una estudiante preguntó a la antropóloga Margaret Mead cual consideraba ella que era la primera señal de civilización. Su respuesta fue contundente: “*Un fémur fracturado y sanado*”, la explicación inmediata fue que la naturaleza es salvaje y cuando un animal sufre un accidente o enferma muere sin remedio al no poder sobrevivir por sí sólo, ya que, en tales circunstancias no puede huir del peligro, ir al río a beber o buscar comida. “*Ningún animal sobrevive con una pata rota el tiempo suficiente para que un hueso sane; ayudar a alguien a atravesar la dificultad es el punto de partida de la civilización*”.

En este tiempo dedicado a la lectura, reflexiones y redacción de ideas, cifras y hechos, me sensibilicé para poder reconocer los lazos de cuidado cotidiano y el sostenimiento de la vida, así que quiero agradecer esta vez, a todas las personas que han sostenido mis necesidades fisiológicas, económicas y socioafectivas. Quiero agradecer a mis maestrxs por brindarme espacios seguros para opinar y recibir ideas que me invitan a reflexionar y evolucionar de manera constante, a la Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado (VIEP) por el apoyo otorgado para la conclusión de esta tesis dentro del *Eje IV. Modelo de investigación abierta y compartida, Objetivo 13*. Formar recursos que impacten positivamente en el contexto social y científico como consecuencia de su accionar en una comunidad para lograr una educación desarrolladora de la transformación; al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) por la beca concedida para realizar mis estudios de maestría y de manera muy especial quiero agradecer a mi amiga *Leilani* por recordarme el enorme privilegio que es la educación, que te permite ampliar y reorientar la mirada sin tener que enfrentar todas las condiciones adversas de la vida; a la *Dra. Karina Orozco* por darme no sólo tiempo de enseñanza, sino también por la enorme empatía en mi proceso de aprendizaje y por compartir conmigo parte de su visión y pasión por las teorías feministas del trabajo de cuidados.

DEDICATORIA

A mi madre, María Antonieta, por alimentarme, abrigarme y educarme; mis esfuerzos son fruto del regalo que me diste y los cuidados que me procuraste todos estos años. Gracias por empeñarte y luchar porque mi camino y oportunidades se expandieran.

RESUMEN

Gracias a diversos factores relacionados con mejoras en la planeación e implementación de programas y acciones en pro del desarrollo, en este siglo hemos superado los 60 años de vida en promedio global; más del doble que el siglo pasado. Según el último informe sobre envejecimiento publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2015, se debe generar información y programas que atiendan las demandas que este cambio demográfico acarreará de manera acelerada de no asegurar ambientes libres de contaminación, violencia, condiciones de educación, sanidad, esparcimiento y empleo suficientes, pues estos factores pueden aumentar la propensión de los individuos a padecer enfermedades, sufrir hambre, traumatismos o mutaciones genéticas que merman su calidad de vida en general y los hacen vulnerables a adquirir alguna discapacidad a edades más tempranas que pueden ser transitorias, compensables o permanentes. Muchas de estas personas son vulnerables a necesitar de cuidados a largo plazo (CLP) en algún momento de su vida. Los CLP son las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana. En pro de desarrollar capacidades en esta rama, México ha impulsado recientemente aproximaciones a sistemas, costos y metodología de estudio en esta materia. La mayoría de ellos se concentran en la capital y tienen bajos índices de seguimiento y/o apoyo presupuestario. el presente trabajo de tesis tiene como objetivo principal conocer una aproximarse geográficamente a la situación de cuidados a largo plazo en el municipio de Puebla durante el año 2020, para lo cual, se plantea: 1) Repensar el significado de los cuidados a largo plazo e identificar los elementos que interactúan dentro de este concepto. 2) Explorar las aproximaciones analíticas para identificar a los dependientes de cuidado a largo plazo en el municipio de Puebla. 3) Con base en el objetivo anterior, llevar a cabo un análisis geográfico de la situación de cuidados a largo plazo a nivel AGEBS, todo esto utilizando el SIG desarrollado en 2010 por el INEGI.

ABSTRACT

Thanks to various factors related to improvements in the planning and implementation of programs and actions for development, in this century we have exceeded 60 years of life in

global average; more than double that of the last century. According to the latest report on aging published by the World Health Organization in 2015, information and programs about it must be generated in accordance with demands that this demographic change will bring about in an accelerated manner if we not ensuring environments free of pollution, violence, education conditions, health , leisure and sufficient employment, as these factors can increase the propensity of individuals to suffer from diseases, hunger, trauma or genetic mutations that reduce their quality of life in general and make them vulnerable to acquiring a disability at an earlier age that can be transitory, compensable or permanent. Many of these people are vulnerable to needing long-term care (LTC) at some point in their lives. LTC are activities carried out by others so that people who have had or are at risk of significant and permanent loss of intrinsic capacity can maintain a level of functional capacity consistent with their basic rights, fundamental freedoms and dignity. human. In favor of developing capacities in this branch, Mexico has recently promoted approaches to systems, costs and study methodology in this matter. Most of them are concentrated in the capital and have low follow-up rates and/or budget support. The main objective of this work is to know a geographical approach to the situation of long-term care in the municipality of Puebla during the year 2020, for which, it is proposed: 1) Rethink the meaning of long-term care and identify the elements that interact within this concept. 2) Explore the analytical approaches to identify long-term care dependents in the municipality of Puebla. 3) Based on the previous objective, carry out a geographic analysis of the long-term care situation at the AGEBS level, all this using the SIG developed in 2010 by INEGI.

GLOSARIO DE TÉRMINOS FRECUENTES

- ☞ ICOPE: Integrated Care for Older People /Atención integrada para personas Adultas mayores.
- ☞ IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- ☞ ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado.
- ☞ DIF: Sistema Nacional de Desarrollo Integral de las Familias.
- ☞ OSC: Organizaciones de la sociedad Civil.
- ☞ INGER: Instituto Nacional de Geriátría.
- ☞ IMCO: Instituto Mexicano para la Competitividad A.C.
- ☞ INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- ☞ INMUJERES: Instituto Nacional de las Mujeres.
- ☞ OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ☞ AGEB: Área geoestadística básica (ocupada por un conjunto de manzanas perfectamente delimitadas por calles, avenidas, andadores o cualquier otro rasgo de fácil identificación en el terreno y cuyo uso del suelo es principalmente habitacional, industrial, de servicios, comercial, etcétera).
- ☞ ONU: Organización de las Naciones Unidas.

INTRODUCCIÓN

Desde 1965, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) creó el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con el objetivo de contribuir a la mejora de calidad de vida humana de los países miembro, mediante la propuesta de soluciones y programas enfocados en ayudas y consultoría para disminuir la pobreza; aumentar las gobernanzas pacíficas, justas e inclusivas; prevenir crisis, aumentar la resiliencia y cuidar el medio ambiente (Coll, 2020). Para poder medir los avances en dichos tópicos se han creado diversos indicadores que reflejen el derecho y acceso a una vida larga, tranquila y creativa. Se piensa que estas cualidades han impactado en el aumento del grado de escolaridad, ingreso per cápita y acceso a servicios de salud y que a su vez estas tres condiciones han impactado de manera directa en la esperanza de vida de la población. Así, en el último siglo hemos duplicado la esperanza de vida a nivel global pasando de 29 años a superar los 60. (Roser et.al. 2019).

Si bien se espera que mientras el tiempo de vida de las personas aumenta, también aumente la probabilidad de poder “ser” y “hacer” según sus deseos; la realidad es que son pocos los países que garantizan ambientes libres de contaminación, violencia, condiciones de educación, salud y empleo suficientes para poder lograrlo, aumentando así la propensión de los individuos a padecer enfermedades crónicas a edades tempranas, sufrir hambre, traumatismos o mutaciones genéticas que merman su calidad de vida en general. Cualquiera de las condiciones mencionadas con anterioridad puede ser transitoria o dejar secuelas a lo largo de la vida, que sumadas al envejecimiento natural, pueden provocar pérdidas importantes de la capacidad intrínseca por tiempo prolongado o permanente, disminuyendo su independencia y aumentando la necesidad de ayudas externas que, de no compensarse a tiempo y de manera adecuada pueden convertirse en necesidad de Cuidados a Largo Plazo (CLP).

A través de estudios económicos (feministas), sociológicos, antropológicos, psicológicos y de economía política de género; se reconoce que aún en la actualidad, los cuidados son provistos mayoritariamente por familiares o amigos de las personas dependientes, bajo un modelo de sostén familiar patriarcal, lo que aumenta y/o mantiene las inequidades atravesadas por los preceptos de clase, etnicidad, género y nacionalidad

(Ferguson, 2013), pudiendo obstaculizar el desarrollo para las personas encargadas de estas labores y contribuyendo a crear estereotipos sobre las personas dependientes como figuras de carga social. Por ello, deben buscarse alternativas que permitan la inclusión de la familia, el Estado, el mercado y la comunidad (voluntariado) de manera equitativa, tomando en cuenta estos ejes transversales y garantizando el derecho al cuidado (Orozco y González, 2021), que permita hacer frente a la demanda creciente de estos trabajos, a la par que visibilice su importancia y los beneficios al estado de bienestar que trae consigo la articulación de sistemas de cuidados.

Si bien, la demanda de cuidados a largo plazo se extiende en diversos grupos poblacionales, el rápido aumento en la cantidad de adultos mayores que los demandan o que cuentan con características que los hacen cada vez más propensos a requerirlos, han hecho que a inicios de este siglo se inicien investigaciones sobre la relación de los determinantes sociales en salud, la funcionalidad y el envejecimiento y también se piense en los impactos que esto puede tener en la economía mundial. Según un metaanálisis realizado en 2015 la mayoría de estos estudios toman en cuenta aspectos relacionados con 1) Calidad de vida basada en encuestas cribadas 2) Estudios de la relación entre morbilidad y su relación con la discapacidad o deficiencias, 3) Estudios específicos realizados en EEUU y países de ingresos altos. Algunas de las conclusiones más importantes dadas en dicho estudio fueron 1) *La poca información hallada con respecto a países de mediano y bajo ingreso*, 2) *La baja estandarización en los métodos de estudio de la discapacidad y la dependencia*, 3) *La variación sustancial del aumento o mantenimiento de la discapacidad grave o limitación del funcionamiento a lo largo del tiempo sin patrones aparentes* (Chaterji & cols., 2015).

Así, es importante comenzar a generar metodologías que nos ayuden en primera instancia a que países de mediano y bajo ingresos puedan contar con una base de datos que guíe las políticas públicas y programas sociales en materia de CLP, en segunda manuales de estandarización de resultados y en tercera, entender que la complejidad de los sistemas y su entorno podría cuantificarse a nivel región o nación, pero es importante observar el entorno directo y sus manifestaciones socioculturales, infraestructurales y en el sector servicios pues incluso dentro de una misma localidad los patrones pueden ser diversos (Boisier, 2006). En pro de alcanzar estos objetivos se han lanzado diferentes materiales de apoyo como webinars

y calculadoras de riesgo de dependencia y necesidad de recibir apoyo de larga duración (BID, 2021) o manuales guía para la aplicación de instrumentos de prevención y atención de las dependencias de los adultos mayores y personas con algún tipo de limitación o discapacidad (OMS, 2017). Una de ellas, la guía ICOPE (OPS, 2020) integrada por 6 dominios referentes al nivel morfológico e individual: capacidad motriz, psicológica, cognitiva, auditiva, visual, calidad de la alimentación y nutrición; y por otro lado esquemas de atención, apoyo y asistencia social que toman en cuenta las características vivenciales del entorno.

Particularmente, México ha reconocido esta problemática y cuenta con algunas evaluaciones de la eficacia de programas encargados de brindar apoyos y CLP a las personas dependientes, sin embargo, se señala que aún no existe políticas específicas en esta materia; solamente se cuenta con un panorama general basado en encuestas y tabulados de dos esferas principales: la primera referente al cuidado y estadística institucional en donde ubicamos aquellos datos reflejados por las dependencias específicas en los servicios de salud (IMSS, ISSSTE, Secretaría de salud, asistencia privada), de asistencia social (DIF y OSC dedicadas a esta problemática) y datos geoestadísticos (Censo de Población y Vivienda 2020) y la segunda referente a las encuestas que reflejen aspectos específicos de cuidados en los hogares por ejemplo la encuesta nacional sobre uso de tiempo (ENUT), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), Encuesta Nacional de ocupación y Empleo (ENAOE), Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM), la Encuesta Laboral y de corresponsabilidad Social (ELCOS) (González y cols., 2020; Cárdenas & cols., 2018).

Para poder desarrollar los sistemas y capacidades de cuidados a largo plazo a nivel nacional, en 2019, se realizó el foro *Desarrollo de capacidades a largo plazo de base comunitaria* organizada por el Instituto Nacional de Geriátría (INGER, 2019). En él se presentaron algunas estrategias llevadas a cabo por otros países para afrontar esta problemática, estrategias para el diseño de programas de cuidados a largo plazo con base comunitaria en países de medianos y bajos ingresos, algunos programas puestos en marcha en la capital Mexicana y la presentación de la fundación de Cuidados a largo plazo del Instituto Mexicano del Seguro Social; sin embargo, se habló poco del desarrollo

descentralizado de estas capacidades que tomen en cuenta las características estatales, municipales y locales, siendo de suma importancia por la diversidad del territorio.

Esta problemática representa una oportunidad de desarrollo socioeconómico mediante la puesta en marcha de investigaciones y programas que correlacionen las áreas de educación, inclusión y salud, mismas que proporcionan la capacidad territorial multinivel de formar, atraer y retener capital humano e inversiones que ayudan a mejorar la calidad de vida de los habitantes locales (IMCO,2020). Por esta razón, se plantea realizar este estudio de caso en el municipio de Puebla, México. Se ha escogido este municipio por concentrar el mayor número de habitantes del estado en cuestión. Bajo contexto general, se cuentan con pocos estudios de competitividad a nivel municipio, sin embargo se sabe que el estado de Puebla logró colocarse en el lugar número 9 de los 32 disponibles en materia de crecimiento económico según el Censo Económico 2014, pero desde entonces ha mostrado una regresión en este indicador llegando a decrecer hasta un 4.7% en el año 2020 (INEGI,2020b). Algo interesante es que en ambos casos la población tuvo bajos índices generales de bienestar percibido por lo que se piensa que su crecimiento económico se ha dado debido a su densidad poblacional y no a su desarrollo en materia de bienestar social (Castañeda, 2017; INEGI 2022), lo cual podría verse reflejado en desigualdades en la impartición de servicios y oportunidades a nivel territorial. En cuanto a lo respectivo a cuidados existen otras transversalidades que aumentan las desigualdades. Entre las más destacadas se encuentra la de género. Del lado de las cuidadoras, Puebla, se encuentra dentro de los 10 estados con mayor carga de cuidados no remunerados, directos e indirectos (INMUJERES, 2019); del lado de las dependientes de cuidado a largo plazo del 4.6% de población total que cuenta con una discapacidad 53% son mujeres, y eso sin contar a las que tiene condiciones mentales o limitaciones en la funcionalidad (INEGI, 2020a). Contar con una estadística y ubicación geográfica que muestre las necesidades de servicios de cuidados de largo plazo *in situ* nos permitirá, por un lado, fortalecer las capacidades estatales de cuidados de largo plazo de manera escalonada; y por otro, ofrecer servicios privados o públicos que contribuyan a soslayar dicha problemática con un nivel de cercanía y distribución adecuada, pues según el índice de competitividad de inclusión, salud y sociedad, el estado de Puebla cuenta con ventajas competitivas por arriba del promedio en este rubro (IMCO, 2021). Además, deberían de realizarse también estudios comparativos de la necesidad de cuidados y el grado de

marginación que se viven dentro del propio territorio para tomar en cuenta la intensidad en la impartición de servicios con apoyos por transferencias monetarias o en especie, contribuyendo así con el décimo objetivo de desarrollo desarrollado por la ONU que habla sobre la reducción de las desigualdades.

El presente trabajo de tesis busca plantear algunas reflexiones epistemológicas sobre los cuidados a largo plazo para poder visibilizar aspectos como, quién o quiénes son lxs sujetxs que demandan cuidados de largo plazo, dónde los demandan, con qué intensidad, qué rol juegan los cuidados a largo plazo vistos desde una perspectiva de desarrollo económico regional y por qué utilizar los sistemas de información geográfica pueden ayudarnos en la mejora metodológica de recopilación de datos, impartición de servicios y desarrollo de industrias del cuidado; todo esto con la finalidad de transitar hacia una sociedad en la que todas las personas tengamos garantizados derechos humanos que contribuyan de manera óptima a nuestro desarrollo, entendido como un proceso evolutivo que termina hasta nuestro último aliento y no al final de la adolescencia. Se plantea la idea de que al menos en una etapa de nuestra vida necesitaremos una comunidad que nos brinde cuidados y que en otra nos toque la tarea de brindarlos por tiempo determinado o indeterminado.

Por lo anterior se plantea la hipótesis de que el municipio de Puebla cuenta con demanda de cuidados a largo plazo focalizadas en zonas geográficas (AGEB) y que la oferta de atención primaria de salud se encuentra fuera de dichas zonas. Para poder comprobar o negar dicha hipótesis, se cuenta con tres objetivos específicos: 1) Reflexionar sobre el significado de los cuidados a largo plazo e identificar los elementos que interactúan dentro de este concepto, 2) Explorar las aproximaciones analíticas para identificar a les dependientes de cuidado a largo plazo en el municipio de Puebla, 3) Con base en el objetivo anterior, llevar a cabo un análisis geográfico de la situación de cuidados a largo plazo a nivel AGEBS. Como información extra, se pretende ligar a los AGEBS con alta demanda de cuidados a largo plazo, información geoestadística preexistente como por ejemplo los grupos etarios predominantes o el grado de marginación de dichas zonas geográficas para saber si existe una relación de edad y marginación con necesidad de cuidados.

Con la pandemia de la SARS-COVID 19, nos replanteamos la fragilidad de la vida y la importancia de los cuidados para sostenerla. Ahora que muchas actividades pasaron de ser

presenciales a virtuales y, los hogares fueron acondicionadas para la reproducción de las llamadas actividades sociales y económicas a las cuales el mercado daba mayor peso y remuneración, se hizo visible la importancia del mantenimiento del hogar y las labores que mantienen la vida. La limpieza, la compra, el cuidado de infantes, personas enfermas y personas adultas mayores. El cuidado propio o autocuidado. La vigilancia y la alerta para que todxs lxs habitantes del hogar pudieran llevar a cabo sus actividades de la mejor manera posible. Se hizo evidente el poder dejar de consumir ropa, ir a eventos sociales masivos, acudir a centros de trabajo o escuelas y la imprescindible necesidad de los cuidados básicos para la vida y lo fundamentales que son para el óptimo desarrollo humano. Se destacó nuevamente la ardua labor de profesionales de la educación, personal de salud, personas encargadas de cuidados, voluntarixs, entre otrxs; así como, la desigualdad que experimentan los sectores y personas que los proporcionan en el mercado. Se agudizaron las cargas de trabajo para las familias y sobre todo para las mujeres. Nuevamente, salió a relucir el reclamo feminista de poner en el centro las actividades que sostienen la vida y no las solo las actividades que sostienen al capital (Pérez, 2014).

El interés en el presente trabajo de investigación surge a raíz de las experiencias vividas y la escucha activa de las personas durante mi quehacer profesional como fisioterapeuta. La mayoría de mis pacientes son personas dependientes crónicos o agudos, o personas que aunque no presentan aún alguna discapacidad aparente ven mermada su calidad de vida por las arduas jornadas laborales, falta de herramientas necesarias para el cuidado biomecánico o deterioros de la salud por causas de estrés relacionados a roles diversos, pero tocados sin duda por el género y la edad. Así que más allá de lo aprendido en mi formación universitaria, de conocer la morfología y fisiología de los seres humanos, los patógenos y condiciones ambientales que afectan de manera directa a la salud de las personas, técnicas para examinarlos, diagnosticarlos y tratarlos mediante la utilización de medios físicos; pude notar que en realidad una enfermedad no distingue a las personas, sino más bien las acciones, anhelos y quehaceres diarios que esta impacta.

Es fundamental que empecemos a generar información acerca del incremento demográfico de las personas dependientes de cuidado de largo plazo, de sus implicaciones con el trabajo de cuidado remunerado, pero también del no remunerado y encontremos

mecanismos para redistribuir de mejor manera ambos trabajos, pues ambos sostienen la vida. Ahora más que nunca reconozco la importancia y magnitud de la economía de los cuidados; de lugares que permitan el esparcimiento, la recreación e inserción laboral si es necesidad o deseo de las personas dependientes para lo cual se necesitan equipos multidisciplinares y que el sector salud y otras áreas retornen al ámbito comunitario.

Me parece importante recordar que nuestro interés por la enfermedad y sus consecuencias surge gracias al interés por la vida, las ganas de vivir y hacer vivir a otros, así pues, el primer capítulo de este trabajo titulado *SOBRE EL CONCEPTO DE CUIDADOS*, presenta un breviario histórico sobre las razones y evoluciones acerca de deber de cuidado centrado en la mujer, pues se considera que muchas de éstas justificaciones hechas antaño, prevalecen en diversos territorios; en segunda instancia se presenta una recopilación sobre la epistemología y aproximaciones analíticas a los cuidados con el objetivo de entender la complejidad del concepto y su dinamismo en el tiempo y el espacio y la praxis desde diferentes perspectivas filosóficas y profesionales, finalmente, se cuenta con un pequeño apartado que desglosa las características de los cuidados a largo plazo y la de los dependientes de cuidado a largo plazo que serán de utilidad en el capítulo número 5.

El capítulo dos, *MARCO CONTEXTUAL*, muestra una radiografía rápida de los acontecimientos alrededor de los cuidados con énfasis en los cuidados a largo plazo en México, así como el estado y la ciudad de Puebla, donde se incluyó información pública de las instituciones que parecen estar liderando la planificación y desarrollo de programas y políticas dirigidas hacia esta problemática y también se narran algunas observaciones hechas a la información disponible hasta inicios del mes de abril de 2022. Esto con la finalidad de contar con un panorama general sobre el contexto en el cual se desarrolla la investigación.

En el capítulo 3, *METODOLOGÍA*, se describe el tipo de estudio que se realizó considerado descriptivo experimental de corte transversal por estar basado en datos del CENSO de Población y Vivienda 2020 y también se describe el proceso para ligar información contenida en dicho instrumento con los cuidados a largo plazo, así como cuáles fueron las fuentes de información encontradas, sus limitaciones, los programas utilizados y los procesos que se siguieron para llegar al siguiente y último capítulo.

Finalmente, el capítulo cuatro, *RESULTADOS, ANÁLISIS Y ALGUNAS NOTAS SOBRE LOS CLP EN PUEBLA MUNICIPAL*, muestra una serie de porcentajes, cuadros, mapas con marcados niveles de concentración y tablas de concentrado que nos permiten ver si efectivamente existe una concentración desigual de las personas con probable dependencia de cuidados a largo plazo, así como las personas que tienen alto riesgo de sufrirlo. Cabe señalar que este trabajo se considera una aproximación debido a que solo se cuenta con los datos sobre discapacidad, condición mental y limitación al nivel geográfico de interés, pero lo respectivo a lo metabólico y nutricional no está disponible a ese nivel de disgregación geográfica.

El trabajo culmina con un apartado de conclusiones y notas finales donde se responde la hipótesis inicial sobre si el municipio de Puebla cuenta con necesidades de cuidados a largo plazo focalizadas geográficamente y a oferta de salud en atención primaria se encuentra fuera de dichas zonas (a nivel AGEb), haciendo una serie de observaciones sobre las perspectivas de esta investigación, así como algunas recomendaciones para investigaciones futuras.

CAPÍTULO I: SOBRE EL CONCEPTO DE CUIDADOS.

Desde la antropología social se reconoce la existencia del trabajo de cuidados en todas las culturas humanas conocidas hasta el momento y también se reconoce la diversidad de estrategias e intensidad implicadas a la hora de construirlos y distribuirlos. De manera histórica se han asociado a actividades no remuneradas mayoritariamente asumidas por las personas del sexo femenino dentro de las familias o personas con características étnicas y de clase instauradas sobre todo en la época colonial y precolonial, por ello, durante el siglo pasado se fortalecieron los intereses de colectivos feministas transversales para visibilizar los deseos y aportación de grupos de mujeres diversas, tanto en los trabajos remunerados como en los no remunerados, los cuáles sostienen las dinámicas capitales que se sirven de las desigualdades entre hombres y mujeres en la lógica de apropiación del trabajo y acumulación de riqueza (Comas, 2014). Esto último tuvo impacto en la oferta del estado y especialmente del mercado en la cobertura del cuidado de infantes, personas adultas mayores y personas con discapacidad, así como de algunas tareas para el sostenimiento de un hogar funcional, como servicios de lavandería y tintorería o comedores; sin embargo, estos beneficios se han visto limitados a personas de clase media alta y alta, sin tomar en cuenta que gran parte de éstos trabajos son realizados por mujeres de clases inferiores, lo que acrecienta sus jornadas laborales y desprovee de propio cuidado a los individuos demandantes de cuidado dentro de su propio círculo social (Kandel, 2006).

Actualmente, la crisis de los cuidados se hizo evidente gracias a fenómenos como la crisis sanitaria por COVID-19, en dónde a simple vista las estructuras más frágiles fueron por una parte los sistemas sanitarios y por otra, las familias que no pudieron distribuir las labores de cuidados o no contaban con una seguridad social que les permitiera estar tranquilas. Quizás esto se sintió con mayor fuerza debido a que aunque existe una restructuración de la familia tradicional (heterosexual y heteronormada) y en los roles que la mujer fungía en ella; su inserción en el mercado laboral, el retraso paulatino en la edad de fecundidad o la expresión sincera de su no deseo de ser únicamente cuidadora, no existe alineación con la restructuración de sistemas que pudieran hacerse cargo de la amplia gama de los trabajos de cuidados. Actualmente se suma a las probables demandas futuras de cuidados, el fenómeno del envejecimiento poblacional que está acarreado consigo aumentos importantes en la discapacidad adquirida que en muchas ocasiones trae consigo un aumento en la demanda de cuidados. Es necesario entonces dejar de situar a los cuidados en el ámbito

familiar y dejar de asentarlos como una obligación femenina para empezar a trasladarlos a la esfera de la regulación de política pública y organización social. Este capítulo plantea: 1) hacer un breve recuento histórico de los cuidados para que el lector pueda reflexionar sobre su importancia, diversidad, desigualdad de impartición y aumento en la necesidad de sistemas de cuidados poniendo énfasis en los cuidados a largo plazo, 2) una aproximación analítica en materia de cuidados con énfasis en los cuidados a largo plazo y las características de los dependientes de estos. 3) las implicaciones que tienen estas categorías en México y particularmente en el municipio de Puebla.

1.1 BREVE HISTORIA DE LOS CUIDADOS.

Para poder entender la desigualdad histórica en la responsabilidad de los cuidados hay que tomar en cuenta y entender como nos relacionamos con la naturaleza y entorno a lo largo de los años. En aras para lograr la supervivencia, la especie humana se organizó mediante la observación de dos grandes distinciones en cuanto a las herramientas con que fueron dotados de manera “natural”. Por un lado se entendió que existían elementos “puramente animales” para crear nuevos seres y alimento para crecerlos (El vientre, los pechos, los genitales) y otros encargados de tareas perfectibles como la recolección, el tejido, la caza, el modelado, la construcción etc. (la cabeza y las manos). Partiendo de esto, pudiera pensarse que desde el inicio de la humanidad estas fueron las características que dieron comienzo a las corrientes biologicistas que justificaron la división sexual del trabajo, pero no fue así, ya que las mujeres fueron quienes desarrollaron técnicas más especializadas para organizar y perpetuar los recursos y espacios, especialmente los productos de la agricultura, las técnicas de mantenimiento de alimento y los tejidos para almacenar y cubrir las viviendas, de ésta manera, mientras este tipo de pensamiento perduró, las mujeres podían ocupar cargos de organización política y decisiones sobre el ordenamiento territorial, las guerras y las alianzas (Mies, 2019).

Este tipo de relaciones comunaristas fueron desapareciendo cuando la relación *hombre-objeto* pasó de tener un sentido de supervivencia a uno de acumulación. Fue ahí donde las herramientas y partes cuerpo sirvieron para apropiarse no solamente los elementos abióticos y bióticos, sino también del cuerpo y trabajo de otros congéneres obteniendo satisfacción sexual y también ventajas político-territoriales (Tiger, 1969). Bajo estas nuevas

reglas, tenemos que la repartición del trabajo de cuidados y trabajo previo a los cuidados (por ejemplo la recolección para poder preparar los alimentos o tejer las prendas) se basaba en el uso de la fuerza y de elementos distintivos que justificasen el sostenimiento y reproducción de las dinámicas que dictaban cuáles individuos cuidaban y cuáles eran cuidados, como la clase, la casta, la raza, o el género. Ejemplo de ello se muestra en el libro *Señoras y Esclavas*, el cual basado en pictogramas encontrados en monumentos del antiguo Egipto, narra cómo las mujeres esclavas participaban a la par de los hombres en la recolección de elementos como el lino y los granos y la preparación del pan y la cerveza, pero ellas eran las únicas encargadas de cuidar las tierras y hacerlas florecer y cuando quedaban viudas su labor consistía en cuidar templos o dedicarse a tareas dentro de casas nobles, preparando la comida y blanqueando la ropa. Las mujeres jóvenes que tenían control en la cantidad de gestas eran las más valoradas pues se dedicaban a la crianza de les niñxs nobles y como obligación además se añadía dar parte de su leche para remedios caseros y estéticos. Posteriormente, la desigualdad de oportunidades marcadas entre Señoras y esclavas llevó a rebeliones sociales donde se exigían derechos de herencia o participación político-religiosa para las personas que no pertenecían a la nobleza, las cuales culminaron con reprimendas del estado; además que si gozaban de estos beneficios, perdieron su independencia y pasaron a ser tuteladas por sus padres o maridos (Castañeda, 2008).

Otro ejemplo del papel de las imposiciones del Estado en pro de la división sexual del trabajo ocurrió en la civilización griega, donde los hombres eran encargados del *Polis* (*Ciudades-Estado*) mientras que las mujeres del *Oikos* (*Casa*). Para poder legitimar esta división, algunos filósofos como Aristóteles teorizaron sobre la naturaleza y habilidades por sexo. Los hombres suponían racionalidad y moralidad, teniendo como deber buscar su felicidad y estratificar las tareas en busca de la felicidad de todos, mientras que las mujeres se consideraban inferiores y silenciosas. Estas aseveraciones eran basadas en teorías de pares como superiores y mejor dotados (hombres) e impares y poco dotadas (mujeres) que debía de corresponder al grado de funcionalidad (Femenias, 1988). Las mujeres que presentaban características parsimoniosas y de cuidados son representadas en la mitología griega con oficios benévolos y curativos, ejemplo de ello son las Diosas Panacea e Higía, quienes además, no deben sus conocimientos meramente a su feminidad, sino a la herencia de los conocimientos de sus ancestros varones, Asclepio y Apolo (José y cols, 2015). Por otro lado,

las mujeres que no cumplen estas expectativas son representadas como traicioneras, lujuriosas, fuentes de pecado e iniciadoras de guerra, como puede leerse en literatura como La Ilíada, el mito de Pandora, Medusa, Afrodita, entre otras (Barrigón, 2010). En general, podemos notar como muchos estándares sentados en esta cultura se arrastraron a la vida cotidiana incluso hasta mediados del siglo pasado y en algunos lugares hasta principios de este siglo.

Otra gran etapa con justificaciones de cánones de cuidado inclinados hacia las mujeres se ve fortalecida en los estereotipos actuales de varias religiones, por ejemplo, la católica. En el libro de Proverbios, versículo 31, encontramos la descripción de la mujer virtuosa y apta para formar una familia:

*¹³ Busca lana y lino,
Y con voluntad trabaja con sus manos.
¹⁴ Es como nave de mercader;
Trae su pan de lejos.
¹⁵ Se levanta aun de noche
Y da comida a su familia
Y ración a sus criadas.
¹⁶ Considera la heredad, y la compra,
Y planta viña del fruto de sus manos.
¹⁷ Ciñe de fuerza sus lomos,
Y esfuerza sus brazos.
¹⁸ Ve que van bien sus negocios;
Su lámpara no se apaga de noche.
¹⁹ Aplica su mano al huso,
Y sus manos a la rueca.
²⁰ Alarga su mano al pobre,*

En este fragmento podemos notar muchas actividades relacionadas con el cuidado del campo, del dinero, de la familia y aparece en el último renglón el distintivo de la caridad hacia el pobre, aunque también podría ser el enfermo. Además de proporcionar estos cuidados dentro de casa, se instauran por primera vez y de manera oficial en nombre de Jesús los primeros nosocomios atendidos por viudas, vírgenes o monjas, quienes visitaban a los enfermos, los alimentaban, aseaban y cuidaban hasta que mejorase su salud sin importar que esto expusiera la propia (Massé, 2017). Como este, existen varios versículos bíblicos que normalizan y unifican a la mujer como la encargada del cuidado de la casa, de la familia, como símbolo de caridad y de bondad natural y cómo ideal de mujer católica, por lo tanto,

deberíamos tener bien presente la predominancia del sistema de creencias en la región geográfica delimitada que deseemos observar.

Es importante recordar que la concordancia histórica de crecimiento y expansión del catolicismo sucedió de mayor manera durante la edad media y que junto a la evolución de ideales religiosos también ocurría el de ideales económicos y políticos. En el trabajo “El Capital”, Marx (1867) resalta el esfuerzo que se realizó para pasar del sistema de organización feudal al capital y el empeño por adueñarse del trabajo de las personas en pro de permitir generar una plusvalía a través del comercio de los bienes excedentes. Apareció entonces un valor en el mercado que superó la importancia de los cuidados procurados en la familia o la comunidad feudal, no bastaba con el trabajo necesario para seguir reproduciendo la vida en la comunidad; ahora también se necesitaba trabajo para reproducir el capital. Sylvia Fereci, menciona en “*El caliban y la bruja*” (2004) que para lograr estas metas existieron actos vandálicos como el robo de personas migrantes que fueron esclavizadas hasta su muerte. Esto es importante debido a que, aunque el capitalismo vende la idea de liberar a la humanidad de los trabajos de cuidados mediante el uso de los recursos excedentes en el proceso productivo, esto sólo sucede para quienes pueden entregar la propia vida a la reproducción del capital en tal proporción que su pago pueda asegurar que alguien más se encargue de satisfacer las necesidades de supervivencia, por tanto existen *otras vidas* útiles para satisfacer las necesidades de quienes sostienen al capital, lo cual indica que existen vidas que merecen la pena ser cuidadas y vidas que no lo merecen o no pueden acceder a este cuidado. En esta última categoría se posicionaron las personas esclavizadas y les cónyuges. Así, un sector poblacional no recibe paga alguna por el trabajo de cuidados. Esto, es una forma en la cual el capital comunica que reproducir la vida no genera un excedente y en consecuencia no genera capital, a menos que el trabajo de cuidados sea transformado en un servicio que se venda fuera de la esfera familiar.

Bajo el manto productivista, el capitalismo debilitó también los mecanismos de solidaridad social preindustriales como hospicios, hospitales y cárceles que estaban a cargo de la iglesia con recursos de los nobles generosos, pues en éstos términos se valoraba si merece la pena abonar a la caridad como un buen samaritano o abonar al capital y asegurar la compra de bienes y servicios de cuidado, por tanto, resultó necesario idear con otro tipo

de sistemas que se hicieran cargo de las personas necesitadas de cuidado que no pudiesen costear o intercambiar por trabajo no remunerado éstos servicios y recursos. De tal manera, en Inglaterra, se creó un sistema de ayuda nacional, legal y obligatoria para mantener a los pobres cuando no tenían trabajo o fueran ancianos para evitar el descontento social y el desamparo. Para ello se recaudaban impuestos de terratenientes-caseros y limosnas, además de castigarse y encerrarse a los pordioseros. Las personas necesitadas pasaron de ser un medio de salvación eterna a una carga social y obstáculo para la acumulación de riqueza. (Himmelfarb, 1988).

Con esta restructuración del pensamiento, se buscaron personas que hicieran y mantuvieran estos trabajos, así, en los años subsiguientes se construyeron argumentos basados en un sistema patriarcal que no solamente se conformó con la degradación de los trabajos de cuidado, sino que obligó a las mujeres a dedicarse al cuidado y trabajo doméstico sin reclamar un salario. Adam Smith, considerado por muchos el padre de la economía clásica, defendía que la labor de la mujer debía seguirse manteniendo en el hogar pues su destreza, dedicación y mecanización en estas labores efficientizaría el trabajo y los únicos sectores productivos (de capital) en los cuáles podrían involucrarse eran trabajos relacionados con la costura o el empaque de productos. En este momento las labores del hogar no eran consideradas como trabajo, por tanto no tenía una aparente eficiencia ni especialización.

Años más tarde, el clérigo y ecónomo Thomas Malthus, reconoció la importancia de las labores domésticas para mantener el hogar, pero sobre todo, destaca la importancia de los hogares como el lugar de adquisición de habilidades y valores. De manera indirecta, este argumento reconoció dos cuestiones: la primera que los cuidados directos e indirectos ayudan a sostener y reproducir el sistema económico capital y la segunda que a pesar de ser un lugar dónde te habilitaban para el trabajo y te educaban en un margen de valores, eso no era algo digno de pagarse porque esas eran habilidades innatas que favorecían al género femenino. Posterior a ello, Marshall sí reconoció que para que los hombres pudieran desarrollarse lo mejor posible debían existir personas que pudieran cuidarlos, así que el desarrollo de las sociedades también dependía de que las mujeres se hicieran cargo de ello. Se planteó la idea de que la dignidad de los hombres entonces recaía en que pudieran ganar lo suficiente para que las mujeres comprasen lo necesario para el sostén del hogar. Atar a los hombres a un roll

meramente monetario y a las mujeres al cuidado fortalece la desigualdad en materia de género y reproduce la idea de que se necesita al capital sobre el cuidado. (Kandel, 2006)

Rossi (1970), describió como en ésta corriente de la economía clásica, Mill y Taylor, hicieron observaciones acerca de cómo es que el matrimonio imponía restricciones y obligaciones a las mujeres casadas, entre las cuáles destacaba el cuidado como propósito de vida, sujetándolas a desarrollarse de manera exclusiva dentro del hogar, mientras que los hombres pudieron elegir caminos fuera de él, por lo que propusieron permitir a las mujeres caminos alternativos. Aunque en su época fueron ridiculizados, la baja en las tasas de matrimonios parece ser directamente proporcional al aumento de escolaridad de las mujeres y su inserción en el mercado laboral y que esto último también impacta en la decisión de la separación marital y las obligaciones sociales impuestas (Statista, 2019 y Bermúdez, 2019). Cabe destacar que para la escuela clásica y sus pensadores lo más importante fueron los bienes materiales que desde sus ideas eran los que permitían la reproducción de la vida.

Más tarde con el surgimiento de los economistas marginalistas el foco de atención pasó de centrarse exclusivamente en los bienes materiales y se expandió a ocuparse de los recursos humanos y las utilidades que resultaran de ellos, es decir que empezaron a considerarse los servicios como insumo con valor de cambio. Los servicios fueron considerados como aquellas actividades que quitaran el dolor o causaran placer, por lo cual, surgió también la diversificación en los mismos y el intento de visibilización y justificación de la existencia de otras necesidades más allá de las de supervivencia y las de educación. Esto es importante entonces porque estos servicios son caracterizados y demandados en base experiencias y dado que las experiencias suelen ser individuales, la oferta en los servicios puede ser tan diversa como cantidad de individualidades.

Otra rama que se desarrolló a partir de las necesidades de cuidados fueron las industrias de bienes de consumo para generar condiciones idóneas de cuidado, para lo cual fue necesaria la identificación de los sectores y actores que demandaban y proveían los mismos, así la formación de recursos humanos que pudieran comerciar los cuidados a cambio de una remuneración. La mercantilización del cuidado empezó a resplandecer y a la par del desarrollo tecnológico, se permitió cuidar a la distancia por medio de monitores, celulares, radios, cámaras de video entre otros, desde cualquier parte del mundo. Aunque el monitoreo empezó a ser más común, algunos de los países con mayor crecimiento económico e inserción

femenina al mercado laboral remunerado, comenzaron a importar mano de obra joven que pudiera ocuparse de atender, cuidar y educar a los infantes, personas enfermas y personas adultas mayores, fomentando así las llamadas redes globales de cuidados, las cuales aumentaron las desigualdades incluso a nivel trasnacional.

Para entender mejor este fenómeno, basta con imaginar a una mujer, madre de tres hijxs en un país en de bajos y medianos ingresos que viaja a uno de alto ingreso para proveer éstos servicios de cuidados a familias acomodadas, obteniendo una paga un tanto superior a la que podría obtener en un trabajo similar en su lugar de origen, pero al mismo tiempo desproveyendo de cuidados a sus propixs hijxs, xadre y dependientes por lo cual muy probablemente contratará a una mujer en una situación menos ventajosa en su país de origen con un sueldo menor al que ella percibe, o dejará el cuidado de sus dependientes a otra mujer que verá aumentada la cantidad de trabajos a realizar. Las complejidades se incrementan cuando el capital sigue siendo más importante que el sostén de la vida (Orozco, 2010).

Rosa Luxemburgo planteó la idea de que ningún trabajo es más importante, y tanto el trabajo asalariado depende del trabajo doméstico como el doméstico depende del asalariado, pero en el mercado sólo uno es remunerado y/o reconocido como valioso. La anterior revisión histórica de los cuidados nos permite destacar que los distintivos biológicos, los dogmas religiosos o las razones económicas han sido herramientas utilizadas para crear literatura, leyes, costumbres y tradiciones en pro de la acumulación capital y el beneficio patriarcal, pero también nos permite ver que hubo indicios de reconocimiento acerca del valor del cuidado en el desarrollo, físico, emocional y social (Gardiner, 2003). Para concluir este subapartado se resaltan a modo de conclusión los puntos siguientes:

- 1) Los cuidados comenzaron siendo parte de trabajos conjuntos para sostener la vida por un tiempo más prolongado y con el paso del tiempo se agregaron componentes sobre cuidar con sentidos de pertenencia (cuidar a mí comunidad, mis tierras, mi familia), cuidar por atribuciones biologicistas, por deber moral, religioso o económico.
- 2) Históricamente, la mayor responsabilidad de los cuidados fue asumida por mujeres, migrantes, esclavas y/o esposas.
- 3) La regulación mercantil y diversificación de los satisfactores de los cuidados puede ser un punto clave de estrategias para mejorar la sostenibilidad y justicia social.

1.2 SOBRE LA EPISTEMOLOGÍA DE LOS CUIDADOS.

Después de conocer de manera breve la historia de los trabajos de cuidados podemos concluir que éste ha existido desde el inicio de la civilización, sin embargo su concepción en la academia cobró fuerza a finales de los 70 como una rama del trabajo no remunerado y aunque su limitación, conceptualización y repartición de obligaciones han ido evolucionando, siguen existiendo interrogantes en cuánto a porqué su papel es fundamental para el desarrollo de lxs individuxs y las sociedades, por tanto, en este apartado se retoman algunos elementos epistemológicos que van desde principios y fundamentos filosóficos hasta la extensión y reconocimiento de los dominios en los cuáles podemos encontrar a los cuidados con el objetivo de visibilizar la complejidad y presencia que tienen en varias áreas de estudio y cómo son defendidos desde las mismas.

La palabra cuidado proviene del latín >>*Cogitatus*<< que significa pensar, reflexionar o poner atención en algo o alguien (DECEL, 2021). Actualmente la Real Academia de la lengua Española, define el cuidado como *la acción de poner atención, diligencia y solicitud al ejecutar una tarea*, pero también incluyen las acciones de *asistir, guardar o conservar algo. Cuidar a un enfermo* (RAE, 2022), aparece de ejemplo en su definición, aunque también podríamos cuidar del medio ambiente, de las personas adultas mayores de las personas con alguna discapacidad, de los infantes y de nuestra persona. Por su parte el diccionario Léxico de la Universidad de Oxford (2021), añade a los significados “actuar para evitar o prevenir daños o peligros”.

Se puede decir que a grandes rasgos las academias lingüísticas consideran al cuidado como una acción o conjunto de acciones que requieren atención y nos permiten conservar algo, en el caso de los seres humanos tratamos de cuidar la vida y mantenernos fuera de los peligros o daños potenciales más significativos por medio de técnicas, leyes o acuerdos, lo cual ha permitido incrementar nuestra edad de manera considerable.

Estas aseveraciones nos llevan al planteamiento de la idea del sentido de la preservación de la vida en espacios seguros y quizás hasta cómodos, los cuáles nos permitan alcanzar algún propósito dentro de las categorías existenciales *ser, tener, hacer y estar*. En cualquiera de estos escenarios, no puede pensarse a la vida como un elemento simple, unipersonal e independiente, sino más bien como un conjunto de elementos, ambientes, acciones y anhelos encaminados hacia dicho propósito y para lo cual es necesario contar con

cierta autonomía y redes que te permitan mantener a flote tus funciones vitales, mientras te encargas de las sociales, es decir, necesitas de tareas de cuidado para poder cumplir o descubrir tu propósito de vida así como poder transformarlo. Cabe mencionar que en muchas ocasiones las categorías existenciales son influenciadas por elementos geotemporales y geopolíticos, por lo cual considerar a los elementos geográficos, culturales, políticos y sociales son elementos clave para entender las categorías axiológicas de los cuidados.

La idea de cuidar y ser cuidado mientras se trabaja en lograr un propósito de vida se encuentra presente desde tiempos antiguos, así por ejemplo, Higino, escribió la fábula “El hombre y el mundo” en el S. I a.C. (citado por José Siles y Carmen Solano, 2007, p.24).

Una vez llegó Cura a un río y vio terrones de arcilla. Cavilando, cogió un trozo y empezó a modelarlo. Mientras piensa para sí qué había hecho, se acerca Júpiter. Cura le pide que infunda espíritu al modelado trozo de arcilla. Júpiter se lo concede con gusto. Pero al querer Cura poner su nombre a su obra, Júpiter se lo prohibió, diciendo que debía dársele el suyo. Mientras Cura y Júpiter litigaban sobre el nombre, se levantó la Tierra y pidió que se le pusiera a la obra su nombre, puesto que ella era quien había dado para la misma un trozo de su cuerpo. Los litigantes escogieron por juez a Saturno. Y Saturno les dio la siguiente sentencia evidentemente justa: Tú, Júpiter, por haber puesto el espíritu, lo recibirás a su muerte; tú, Tierra, por haber ofrecido el cuerpo, recibirás el cuerpo. Pero por haber sido Cura quien primero dio forma a este ser, que mientras viva lo posea Cura. Y en cuanto al litigio sobre el nombre, que se llame homo, puesto que está hecho de humus (tierra).

En la fábula podemos ver como el cuerpo en sí tiene que ser moldeado por la cura (cuidado) y que es precisamente cura quien estará presente hasta su muerte, por tanto, podría entenderse que los cuidados son inherentes a la cotidianidad. Ahora bien, retomando la idea de que las significancias y prácticas de la cura (cuidados), se verán influenciadas por el contexto cotidiano social, político, ideológico, religioso y científico predominante de la época habrá que destacar que conforme se descubren las razones metódicas de los cuidados que nos preservan de mejor manera, estos han ido complejizándose. Por ejemplo a principios del siglo pasado el cuidado de las infancias consistía en proveerles comida, techo, ropa y

remedios caseros, además de enseñarles el oficio familiar o tareas encaminadas al mantenimiento del hogar, como la cocina, el bordado y tejido. Mucho de este conocimiento era aprendido de manera empírica, por lo cual las ancianas de las comunidades eran consideradas sabias. Ahora bien, la mayoría de las tareas que se incluían en esta época, eran destinadas al cuidado del cuerpo y el hogar, por lo que, años más tarde debido a la introducción de las ideologías cristianas en donde resaltaba la importancia del cuidado del alma sobre el cuerpo y el desprecio a la sexualidad hacían que los cuidados perinatales y del cuerpo más allá de lo necesario fueran considerados paganos y las personas que no los llevaban a cabo desde una mirada inmaculada y solidaria (ejemplos de vírgenes y caridad a lxs pobres y enfermxs) eran castigadas. La epistemología de los cuidados entonces fue una herramienta que desvalorizó a los mismos (Achury,2006).

En este ejemplo, las necesidades siguieron siendo las misma, pero los satisfactores y proovedorxs de estos se complejizaron e incluso contribuyeron a crear nuevas desigualdades (Neef, 1993). En la actualidad, no basta con alimentar a las infancias, sino que debe buscarse alimentarlas con técnicas adecuadas y nutritivas para su edad, esperando que eso les ayude a crecer de manera más saludable, aunque aún existen casos en los cuáles los cuidados siguen guiados por tradiciones domésticas o vocacionales y son válidas, pero, estas descripciones nos ayudan a destacar que el desarrollo de los cuidados se ha categorizado históricamente como *doméstico, vocacional, técnico y profesional*.

Otro de los aspectos importantes a mencionar es que gracias al desarrollo de técnicas, profesiones y productos y del trabajo que históricamente han realizado millones de mujeres, hemos incrementado nuestra esperanza de vida. A mitad del siglo pasado el promedio de esperanza de vida global apenas alcanzaba los 29 años, ahora se superan los 60 años y en algunos lugares se han alcanzado los 85 años (Roser, et.al.2019). Sería sensacional que el incremento en la calidad de los cuidados fuera lo único de lo que dependiera la vida, pero no es así, puesto que aunque los cuidados nos ayudan a retrasar los signos del envejecimiento estos aparecen tarde o temprano, así, paradójicamente los cuidados nos han llevado a vivir por más tiempo, pero también nos están llevando a un mayor requerimiento de los mismos, por lo cual si en algún momento de la historia el mayor esfuerzo de los trabajos de cuidado se concentraba en ayudar al crecimiento y desarrollo delas infancias, hoy por hoy se empezará

a concentrar en retrasar los signos del envejecimiento, principalmente la aparición de pérdidas de la capacidad intrínseca.

En el apartado histórico vimos como estos trabajos han sido desarrollados principalmente por mujeres y niñas, por lo cual, gran parte de las definiciones y reflexiones sobre los métodos y categorías de los cuidados han sido escritos por mujeres. Desde la literatura profesionalizante, Florence Nightingale (s XIX), madre de la enfermería, argumentó que el cuidado es *un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermería debe ser poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él, mediante la planificación, organización, motivación y control de estos dentro de ambientes y prácticas seguras, oportunas e integrales* (Rodríguez y Valenzuela, 2012), es decir que Florence acuñó a la enfermería como uno de los campos profesionales dedicados en exclusiva a ellos, pero debían tenerse también espacios acondicionados y destinados para el control de los cuidados. Varios años después, en 1991 la enfermera estadounidense Kristen Swanson postuló una teoría de cuidados con el objetivo de mejorar la satisfacción de los pacientes, brindándole bienestar y acompañamiento, procurando un equilibrio entre emociones y pensamientos mediante la integración de cuatro ejes:

- 1) Enfermería: Estar informada y tener conocimiento sobre cómo cuidar a una persona, incluyendo ética y valores, técnicas, experiencia clínica, expectativas sociales y personales.
- 2) Salud: Incluye la subjetividad de bienestar y goce de salud como sinónimo de integridad y plenitud
- 3) Entorno: cualquier contexto que influye o es influido por el cliente; cultura, sociedad, biofísica, política y economía.
- 4) Persona: Quien recibe los cuidados (individuo, familia, comunidad), los cuales deben administrarse bajo una serie de afirmaciones filosóficas de la enfermería que permite entender el bienestar psicosocial y espiritual del cliente.
 - a. *Mantener las creencias*: mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado.
 - b. *Conocimiento*: esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona y buscando un compromiso entre el que cuidador y cuidado.

- c. *Estar con*: estar emocionalmente presente con el otro.
- d. *Hacer por*: hacer por el otro lo que se haría por uno mismo, adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia.
- e. *Posibilitar*: facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas y dando retroalimentación (Ortiz, M., 2020).

Incluso en el terreno profesionalizante podemos observar la complejización entre teoría propuesta por Florence a la teoría propuesta Swanson. La primera se asume como única responsable de proveer cuidados con especialización técnica para que la naturaleza haga lo suyo, mientras que la segunda entiende la importancia de la profesionalización y su compromiso con incorpora elementos como el sistema de creencias, las motivaciones de la comunidad, persona o grupo que está recibiendo los cuidados, las características de su entorno y redes de apoyo.

Dos años más tarde, el economista, Max Neff (1993), postuló una serie de ideas que podrían ayudarnos a entender el nexo inseparable de las necesidades y los cuidados. La primera idea potencial resulta de que las necesidades no deben verse únicamente como carencias, sino como potencialidades individuales y colectivas y que estas deberían ser satisfechas por formas existenciales de *ser*, *tener*, *hacer* y *estar*, propias o llevadas a cabo por un tercero. Estas formas existenciales pueden verse afectadas de manera positiva o negativa por la presencia o carencia de bienes económicos, incluyendo a los servicios. A vez, alguna carencia o presencia de bienes puede coadyuvar a cubrir alguna de las necesidades o potencialidades enlistas en la matriz que él propone. Así, esta matriz puede ayudarnos a entender no solo la diversidad de necesidades adentradas a un espacio-tiempo, sino también la manera en que estas necesidades se desarrollan y complejizan en cada individuo dependiendo de su categoría existencial, por lo tanto no puede haber una única manera de entender a los cuidados sino que siempre van enmarcados dentro de características sociocultural para ser entendidas y atendidas.

El Cuadro 1. Muestra la matriz de necesidades y categorías existenciales propuesta en esta teoría.

Cuadro 1. Matriz de necesidades propuesta por Max Neff (1993).

Necesidades según categorías existentes Necesidades según categorías axiológicas	SER	TENER	HACER	ESTAR
SUBSISTENCIA	1	2	3	4
	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo.	Alimentar, procrear, descansar, trabajar.	Entorno vital y entorno social
PROTECCIÓN	5	6	7	8
	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	Sistemas de seguros, ahorros, seguridad social, sistema de salud, legislaciones, derechos, familia trabajo.	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender.	Contorno vital, contorno social, morada
AFECTO	9	10	11	12
	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad,	Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines.	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar,	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro.

	pasión, voluntad, sensualidad, humor.		cultivar, apreciar,	
ENTENDIMIEN TO	13	14	15	16
	Consciencia, crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad.	Literatura, maestros, métodos, políticas educacionales, comunicaciones .	Investigar, estudiar, experimentar, aduar, analizar, meditar, interpretar.	Interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades y familia.
PARTICIPACIÓ N.	17	18	19	20
	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor.	Derechos, responsabilidad es, obligaciones, atribuciones, trabajo.	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar.	Ámbitos de interacción participativa, cooperativas, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familia.
OCIO	21	22	23	24
	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupaci ón, humor,	Juegos, espectáculos, fiestas, calma.	Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar,	Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre,

	tranquilidad, sensualidad.		relajarse, divertirse, jugar.	ambientes, paisajes.
CREACIÓN	25	26	27	28
	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	Habilidades, Destrezas, método, trabajo	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar. interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación, talleres, ateneos, agrupaciones, audiencia, espacios de expresión, liberación temporal.
IDENTIDAD	29	30	31	32
	Pertenencia, coherencia diferencia, autoestima, asertividad	Símbolos, lenguaje, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	Comprometerse, integrarse, confundirse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer.	Sociorituos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
LIBERTAD	33	34	35	36

	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	Igualdad de derechos.	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	Plasticidad espacio- temporal.
--	---	--------------------------	--	--------------------------------------

** La columna del SER registra atributos, personales o colectivos, que se expresan como sustantivos. La columna del TENER registra instituciones, normas, mecanismos, herramientas (no en sentido material), leyes, etc., que pueden ser expresados en una o más palabras. La columna del HACER registra acciones, personales o colectivas que pueden ser expresadas como verbos. La columna del ESTAR registra espacios y ambientes.*

Si basáramos las demandas de satisfactores de las necesidades en las categorías existenciales podríamos decir que el Estado debería ofrecer alternativas sobre el *TENER* debido a que se refiere al marco institucional, axiológico y de derechos; la columna del *SER* estaría fuertemente influenciada por la educación y la cultura pues son características identitarias, mientras que el *hacer* y *estar* podría estar atendido por acciones, productos y ambientes realizadas, obtenidos y contruidos por los nexos filiales y/o económicos hechos a lo largo de la vida y, en caso de no contar con alguno estar asegurados por mecanismos de economía social y solidaria. De esta manera, las subcategorías de protección, afecto, identidad, participación y entendimiento nos ayudan a comprender la importancia de los nexos filiales a la hora de recibir, dar e intercambiar cuidados con las amistades, familia, pareja; mientras que las de libertad, ocio, y creación nos hacen entender la complejidad y diversidad de necesidades desencadenadas por mi contexto y propósito de vida. Otra de las cosas importantes de esta teoría es que existen necesidades vitales fisiológicas (1-4) y que si estas no son satisfechas pueden afectar u obstruir la construcción o satisfacción de las demás. Es decir, *existen necesidades dependientes de otras* y dependiendo de las etapas de la vida, *necesidades que deberían ser atendidas por una tercera persona*. Quizás en este punto cabría

recordar la reflexión de la antropóloga Margaret Mead sobre que el inicio de la civilización se dió cuando necesitamos de un cuidado y se nos proporcionó.

Para ejemplificar esta cuestión, supongamos que el señor Pedro de 70 años acaba de perder sus pies a causa de una complicación de la diabetes mellitus tipo II. Él, acudía en su auto a ensayos de una banda de música con sus amigos que viven del otro lado de la ciudad, ahora, para poder volver a tomar su carro dependerá de tener terapias de rehabilitación y psicológicas para aceptar su nueva condición. En un escenario A, cuenta con un seguro de salud que le permite acudir a terapias y alguno de sus amigos se ofrece a llevarlo y acompañarle para que pueda reunirse con ellos a tocar lo más pronto posible, así, aunque el señor Pedro no goza de una salud optima por deficiencias en su salud física y mental (mostradas en el cuadro como subsistencia, 1), gracias a la protección de sus amigos y seguro médico (5,6 y 8), de participación (13 y 16) pueden cubrirse necesidades comprendidas en los renglones de ocio, afecto, creación e identidad. Muy probablemente en un escenario b, el simple hecho de no contar con una red de apoyo, ni de seguro médico, hubiera propiciado que el Señor Pedro dejara de hacer su actividad de ocio y fuera deteriorándose aún más su estado de salud.

Existe una basta cantidad de satisfactores para todas esas necesidades, sin embargo, parte importante de la literatura que toca el tema ha corrido a cargo de empresas interesadas en la venta de bienes económicos o servicios que facilitan o remplazan tareas de cuidados como los electrodomésticos y la comida rápida, aunque la idea que se promociona corresponde más al hecho de que no ocuparse de las tareas de cuidados y tareas del hogar podrían dejar más tiempo para el ocio o la búsqueda de la felicidad, la libertad y la participación. Otras perspectivas, especialmente las de enfermería y rehabilitación se centran en las actividades de cuidado especializado para mantener la salud o recuperarse de alguna pérdida de la funcionalidad que esté provocando déficit en la autonomía o experiencias poco agradables relacionadas con el dolor, es decir, se han centrado en mejorar y cuantificar los factores implicados en sostén de las necesidades de subsistencia y recientemente han incorporado elementos emocionales, psicológicos y sociales, pero quienes han hecho una crítica más compleja y exigido indicadores de desarrollo que demuestren de que otras maneras los cuidados aportan al crecimiento y desarrollo territorial son las mujeres, mediante

críticas al sistema político y económico. Estos indicadores fueron incorporados de manera inicial por el llamado movimiento mujeres en el desarrollo y posteriormente género en el desarrollo (Zumbado, 2003) y tienen como objetivo luchar por políticas y espacios más equitativos para lograr que el desarrollo trabaje para las mujeres y no las mujeres para el desarrollo.

Algunos de estos indicadores y datos tienen que ver con las encuestas del uso de tiempo y los recursos destinados a las labores de cuidado disgregado por género. Así, en 2019, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) definió al trabajo de cuidados como todas las actividades y relaciones que conlleva atender las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de adultos y niños, mayores y jóvenes, personas frágiles y personas sanas. De manera general esta organización divide a los cuidados en, 1) directos, presenciales, relacional o de crianza y 2) Cuidados indirectos que proporcionan condiciones previas para la prestación de cuidados personales como limpiar, cocinar, lavar la ropa, mantener el hogar, etc.

Para cerrar este subapartado se presenta el Cuadro. 2 con las aportaciones hechas por distintos autores y la definición construida a partir de los mismos.

Cuadro 2. Aportes epistemológicos sobre los cuidados.

Autor	Año	Aportación
Higinio (Citado por Siles y Solano, 2007)	s. I a.C.	✓ Cuidados (cura) inherente a la vida. ✓ Sin cuidados se presenta la muerte. ✓ Presente en la cotidianeidad: <i>en un tiempo y con un propósito.</i>
Florence Nightangale (citado por Rodríguez y Valenzuela, 2012)	S. XIX	✓ Cuidados son arte y ciencia responsabilidad de profesionales o formación formal. ✓ Mantener al cuerpo en el mejor estado para ser utilizado por la naturaleza.
Kristen Swanson (citado por Ortiz, M, 2020))	1991	✓ Teoría de los cuidados: Forma educativa de relacionarse con un serpreciado hacia el cual se siente compromiso y responsabilidad personal.

		✓ Metaparadigma: incluye aspectos como el cuidado, persona y sus acompañantes, salud, entorno respetando la filosofía de mantener creencias, conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar.
Max Neff.	1993	✓ Relaciones de las necesidades existenciales con necesidades axiológicas. ✓ Condicionadas al espacio-tiempo..
OIT	2019	✓ Atención de necesidades físicas, psicológicas y emocionales en diferentes etapas y condiciones de vida. ✓ Tipo de trabajo remunerado o no remunerado
Oxford University	2021	✓ Actuar para prevenir daños o peligros.

Elaboración propia con base en Max Neff, 1993; Siles y Solano, 2007, Rodríguez y Valenzuela, 2012; OIT, 2019; Ortiz, 2020; Oxford University 2021

Para efectos de este trabajo se entenderá a los *cuidados como todas aquellas actividades y relaciones cotidianas o especializadas que conllevan atender las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de la infancias, las y los jóvenes, personas adultas, personas adultas mayores, personas frágiles y personas sanas, de manera directa (contacto) o indirecta (condiciones previas al cuidado) propiciando un desarrollo equilibrado, libre de violencia y de peligros o coadyuvando a la rehabilitación y mantenimiento de un estado de salud que permita cubrir los requerimientos básicos o de subsistencia para poder así, ocuparse de propósitos existenciales relacionados con el ser, hacer, tener, o estar.* Ahora que contamos con una idea más amplia de qué son los cuidados habrá que categorizarlos y analizar si existen niveles de especialización dentro de los mismos.

1.2.1 APROXIMACIONES ANALÍTICAS A LOS CUIDADOS.

En el subapartado anterior se presentó la relación que guardan los trabajos de cuidado con las necesidades de la persona que los requiere y como la provisión o insatisfacción de dichas necesidades puede acercarlas o alejarlas de su propósito de vida. Cada situación es diversa y también puede mirarse y priorizarse desde las ocupaciones o situaciones que atraviesa la persona que necesita los cuidados, por tanto, hablar de cuidados involucra acciones y relaciones entabladas de forma directa(contacto), o indirecta (condiciones previas

al cuidado) con un fin específico. Es precisamente el carácter relacional lo que llevó a los cuidados a ser estudiados desde perspectivas más complejas que sólo las planteadas por la teoría de la división sexual del trabajo o la profesionalización (Carrasco et al., 2011). A juicio de Bettyány (2020) existen cuatro categorías analíticas que lideran las controversias sobre la definición, medición e impartición de estos y se detallan a continuación:

1) *ECONOMÍA POLÍTICA DE LOS CUIDADOS.*

Nace en las conceptualizaciones de los años setenta sobre la división sexual del trabajo, específicamente el no remunerado presente en el ámbito doméstico y el interés de la “Escuela de Annales” por el mundo privado. Su objetivo es demostrar el aporte del trabajo de las niñas y mujeres a los diferentes modos de producción capitalista a partir de reflexiones y mediciones más centradas en el valor de uso que en el valor de cambio, es decir, plantea mediciones alternativas al producto interno bruto o ganancias per cápita con indicadores como encuestas de uso de tiempo, diagnósticos de oferta y demanda de actividades específicas de cuidado sobre todo las relacionadas con la salud y educación en las distintas etapas de la vida, tabuladores sobre estimados del posible aporte al PIB en horas de trabajo no remunerado o los flujos y remesas provenientes de las cadenas globales de cuidado con el objetivo de crear políticas públicas, estrategias o programas que aporten a una transformación social y coloquen la reproducción de la vida sobre la del capital (Aguirre, et al., 2014; UNRISD, 2009; Orozco, 2010; Bathyánnny, 2020). Todas las tareas anteriormente señaladas pueden incluir cuidados especializados, domésticos y técnicos.

Esta categoría sigue presentando dificultades en cuanto a la representatividad en los datos debido, por una parte a la dificultad para discernir los cuidados de otras tareas no remuneradas dentro del hogar y por otra al costo que representa la aplicación de los instrumentos de medición. Así, es importante saber que cuando se habla de cuidados podemos categorizarlos en *autocuidados*, cuidados *directos o activos* incluida su subdivisión en imprescindibles (actividades relacionadas con las funciones vitales, alimentación, higiene, movilidad, etc.) y socialmente creadas (Aprendizaje, compañía, esparcimiento) y los indirectos o pasivos que incluyen la supervisión (ambientes seguros), gestión del cuidado (coordinación de horarios; realizar traslados a centros educativos instituciones de salud y su

acompañamiento, contratación de cuidadorxs y/o trabajadorxs domésticas, ayuda a hacer compras, manejo de dinero del dependiente etc), el cuidado en beneficio de (trato con terceras personas para beneficio del dependiente como atención a salud y educación), en guardia (estar disponible para responder a una alarma de cuidado durante largos periodos; personas enfermas, hospitalizadas o con cuidados especiales) y apoyo al cuidado (tareas que condicionan situaciones previas para el cuidado, como limpiar la casa y preparar los alimentos)(Gonzáles, et al, 2020; Rodríguez Enríquez, 2015).

Los instrumentos que nos ayudan a aproximarnos a esta dimensión son encuestas sobre el uso de tiempo, tabuladores de equivalentes económicos de trabajos no remunerados, estadísticas de migración para trabajos de cuidado.

2) COMO COMPONENTE DEL BIENESTAR.

Basada en las críticas a los modelos de bienestar social propuestos a inicios de los 90 por Espin-Andersen (liberal, conservador y social demócrata), quien entendía como raíz central de la crisis de los sistemas de bienestar (donde incluía la provisión de cuidados) las desigualdades entre el vínculo de lxs ciudadanxs con el mercado (Pérez, M. 2013; Navarro M, 2006). Sus observaciones fueron hechas basadas en modelos de bienestar llevados a cabo en países desarrollados, por lo cual presentaba problemas de flexibilización al trasladarlo a territorios como África o América Latina debido a que en estas regiones las principales proveedoras de bienestar son las mujeres dentro de un núcleo familiar, existe un déficit en el desarrollo del mercado como prestador de seguridad social y una resistencia del Estado a proporcionar una arquitectura que redistribuya las responsabilidades y costos de los cuidados en las diferentes etapas de la vida y diversos sujetos sociales. Además, estas regiones también presentan un cuarto elemento a considerar en cuanto a provisos de bienestar, las instituciones religiosas, organizaciones de caridad sin fines de lucro, y universidades completando así el llamado *diamante del bienestar social* (Vazquez, 2006, Razavi, 2007; Jelin, 2009).

Esta categoría recibe constantes modificaciones debido a los enfoques dados a las ayudas repartidas, las cuáles son encaminadas la mayor parte del tiempo al sectores que por alguna carencia social o condición fisiológica tienen muertes prematuras o vidas con bajo nivel de ingreso, así por ejemplo, a finales del siglo pasado los esfuerzos sobre el bienestar se

concentraban en disminuir la muerte materno-infantil y las muertes en la primera infancia y ahora han logrado disminuirse de manera considerables, por lo cual, ahora el principal problema parece ser la tendencia a la disminución de la población económicamente activa en relación con el número de personas económicamente dependientes, atribuido a varios factores entre los que destacan la aceleración en el aumento de las personas adultas mayores, la instauración de enfermedades crónico-degenerativas en edades que oscilan los 50 años y el incremento en las dependencias de tipo emocional y psicológico ocasionadas por el incremento en los niveles de estrés, incertidumbre o vivencias traumáticas que resultan en estrés crónico, ansiedad o depresión en poblaciones jóvenes. Este fenómeno, choca con la sostenibilidad del ritmo de producción y el mantenimiento de un nivel de vida que pueda proporcionar los cuidados adecuados a todas las personas quienes lo demanden, no sólo por el mero aumento del número de dependientes, sino por la constancia de veces o tiempo con que se demandan, por lo que esta categoría no solo trabaja o piensa en dimensiones de acciones, sino también de relaciones que van más allá de la institucionalización de los cuidados.

Se plantea que esta dimensión de cuidados debería entonces visibilizar y regular los límites de la productividad, no sólo de la productividad capital, sino también de los recursos materiales (incluidos los elementos naturales), intelectuales (técnicas especializadas y políticas públicas) y físicos (tomando en cuenta el desgaste adicional a las jornadas y tiempos fuera del trabajo remunerado), además de trabajar en un cambio cultural en cuanto a la apreciación sobre ser sólo receptor de cuidados, sino también la capacidad y necesidad de proveerlos, la sinergia del trabajo de las instituciones en salud y las de protección social y la creación de espacios comunitarios con ambientes hogareños (Díaz, 2014; Tronto, 2009; Lehning y Austin, 2009).

Algunos indicadores que podrían ayudarnos a aproximarnos a los componentes de esta categoría son las estadísticas del número de personas con algún tipo de limitación funcional o grado de discapacidad, los datos epidemiológicos de mediciones a la dependencia son instrumentos como el índice de Katz o manuales de atención integrada en el primer nivel de atención (como las Guías ICOPE), las ayudas complementarias para alimentación,

comedores comunitarios, estancias, guarderías, asilos, las transferencias monetarias condicionadas, los programas de atención social y las jornadas de salud.

3) DERECHO AL CUIDADO

Surge bajo las críticas feministas sobre la familiarización de los cuidados en el régimen de bienestar conservador o corporativo propuesto por Esping-Andersen, donde la mayor parte de la carga de estos trabajos se proporcionan en un núcleo familiar con características patriarcales, es decir, que las mujeres y niñas se encargan de las tareas de cuidados y mantenimiento del hogar sin recibir remuneración o reconocimiento, mientras el padre u hombres de la familia de conseguir un sustento económico o salario, obstaculizando así el desarrollo de las mujeres en otros ámbitos como el profesional, económico, desarrollo personal y autocuidado (Orozco y Gonzáles, 2020a; Fernández y Agüero, 2018), todo esto gracias a la falta de posicionamiento activo del Estado mediante la creación de mecanismos que aseguren los cuidados como un derecho Universal. Esto muy probablemente también contribuya al círculo vicioso en el cual las mujeres y personas que fueron cuidadoras de otrxs no cuentan con un patrimonio que les permita solventar los gastos que emanan de las pérdidas de la capacidad intrínseca una vez llegadas a esta etapa.

El objetivo de constituir a los cuidados como un derecho universal es alcanzar la mayor igualdad posible en las facultades, necesidades y expectativas humanas. Los derechos pueden entenderse como fundamentales o primarios cuando responden a las necesidades de todas las personas independientemente de su capacidad de obrar, es decir que se garantiza la satisfacción de sus necesidades independientemente de las lógicas del mercado, la disponibilidad de ingresos, la presencia de redes vinculante o lazos afectivos. Se busca entonces la distribución de las cargas, costos y beneficios tanto en lo económico como en lo simbólico entre la presencia de un Estado activo y la responsabilidad comunitaria, para lo cual es necesario ubicar a las personas dependientes de cuidado, priorizando a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital, especialmente la infancia y la vejez; a quienes de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado, a las OSC y organizaciones gubernamentales involucradas en estas tareas (Gherardi, Gallo y Marcelotte, 2020; Hernández, 2018, Ríos y López, 2017; Ferrajoli, 2009; ONU MUJERES, s/f.)

Desde una mirada de división social las naciones deben apoyar la investigación y asesoría técnica para alcanzar la implantación de un sistema de cuidados como pilar de protección social y materia de debate para la política pública, realizando intervenciones tempranas para disminuir desigualdades, incentivar el desarrollo y mantenimiento cognitivo, promover la actividad y autonomía de las personas dependientes y actuar contra los factores de discriminación y aislamiento social, para lo cual debería contar de manera inicial con un marco normativo y definiciones sobre el derecho y la obligación a cuidar y a no cuidar con sus respectivas vinculaciones sociales al trabajo, que considere los servicios, seguros y tiempo con que disponen las comunidades (CEPAL, s/f).

Algunas formas de aproximarnos a esta categoría son las normativas jurídicas, políticas públicas y asignación del presupuesto público en materia de identificación y planeación de la cobertura de atención.

4) *ÉTICA DE LOS CUIDADOS.*

Los trabajos de ética de los cuidados son quizás de los más diversos, pues desde la antropología, sociología y psicología social, se ponen en evidencia comportamientos y valoraciones axiológicas que son poco compatibles con el capital y tan diversas como las adaptaciones culturales en el tiempo y el espacio. Comienzan por las críticas de Carol Gilligan a la teoría de la educación moral propuesta por Lawrence Kohlberg. En un inicio Kohlberg, criticó la educación recibida en las instituciones a través de los valores, pues piensa que son relativos y reproducen las fallas de los sistemas desiguales. Propone entonces que quien enseña en un sistema de valores tenga la capacidad de informar sobre todos los acontecimientos y variaciones involucradas en cualquier suceso y los someta a debate entre todos los participantes para prepararlos con la capacidad de juzgar moralmente sin transmitir valores éticos tratando así de evitar el adoctrinamiento (Elorrieta, 2012; Kohlberg, 1992). El aporte de Carol Gilligan a esta teoría no es cómo aprendemos el valor de cuidar, sino cómo y cuándo lo desaprendemos y si el género tiene algo que ver en este proceso.

Gilligan planteó que el patriarcado y la división sexual del trabajo tiene también componentes relacionados con la moral, así, durante la infancia tenemos comportamientos natos de cuidado, empatía y amor hacia los semejantes, pero es la adaptación cultural quien condiciona que voces debemos enaltecer y cuáles callar mientras nos desarrollamos. A través

del análisis psicológico de algunos estudios pone de manifiesto tres pilares que soportan este desarrollo moral, el primero basado *el daño moral*, que hace referencia a las situaciones injustas que se viven día a día, como el maltrato o falta de cuidado y/o empatía hacia individuos que no tienen un vínculo relacional directo con nosotros o que son maltradx por sujetos que ostentan poder y además son premiados por ello. Un ejemplo son los jefes del ejército que son premiados por el número de batallas y muertos que ganaron con la justificación de defender a los símbolos patrios.

El segundo explica la diferencia entre las aportaciones que hacen los niños y las niñas en la edad escolar. Se idéntica que los niños silencian su voz compasiva y emocional, porque eso les hace parecer dependientes y poco estoícos, pero se sienten solos, mientras que las niñas silencian su racionalidad y/o intuición por no querer parecer demasiado emocionales, pero sienten culpa. Al final del bachillerato, ya hay una división en donde la vulnerabilidad, compasión, lógica de cuidado e intimidad emocional son cargadas y adoptadas por el sexo femenino, mientras que la lógica, audacia, independencia, justicia y estoicismo son adoptadas por el sexo masculino. El tercero y último tiene que ver con llamadas leyes del amor, en donde se explica que estos comportamientos no se tienen debido a que se hayan perdido esas voces internas, más bien a que gran parte de la literatura, novelas, arte y patrones vinculantes cisheteropatriarcales refuerzan y condicionan las maneras en las que hay reproducirse para encajar (Bathýanny, 2020; Chisari y García, 2018; Guilligan, 2013; García, 1997).

De esta manera, Guilligard sentó las bases para nuevos escritos feministas y antipatriarcales en cuanto a la organización del cuidado, que exigen la democratización de este, es decir, que se tomen en cuenta las observaciones de las cuidadoras y que éstas a su vez se comprometan a exigir que su voz sea escuchada, o por lo menos, que no se castigue el sentir ni se romanticen las historias de cuidado, sino que se hable de lo difícil que es el trabajo. Esto implica un compromiso colectivo, pues en la mayoría de los sistemas de cuidado funcionando hasta el momento sólo se escucha la voz de les administradorxs y la voz que es escuchada es una voz política, no una voz cotidiana. Esto quiere decir que les responsables de administrar el cuidado son regularmente personas que se concentran en la eficiencia de los recursos marcados en tiempo, insumos y técnicas y no en la calidad y percepción de los cuidados (Molinier, 2020; Guilligard, 2013).

Para poder encontrar y conciliar esas voces, es necesario empezar por reconocer que hablar de cuidados está relacionado en la esfera pública con los “cuidados formados o profesionalizados” llevados a cabo mayoritariamente en instituciones hospitalarias, es decir, aquellas técnicas que te sacan de las salas de emergencia o te salvan la vida, sin embargo, esas técnicas no te proporcionan por si solas métodos de sanación, para ello es necesario involucrar vínculos de íntimos relacionados con la confianza, paciencia, apoyo y empatía, los cuáles van más relacionados a la calidad del servicio y son difíciles de cuantificar. Para proporcionar éstas técnicas existen orientaciones bioéticas que obligan al personal a distinguir quienes merecen atención inmediata o hasta cuándo se debe cortar el vínculo para poder masificar el cuidado, así se salva tu vida para después abandonarte o responsabilizar el cuidado de sanación al núcleo familiar, donde, muchas veces, al no entender el cambio de ritmos cuando se está enfermx o indispuetx o el no disponer tiempo y paciencia para hacerlo genera sentimientos que ponen en duda la dignidad con que los cuidados deberían recibirse. Esto tiene una relación también con la idea neoliberal de la independencia una vez entrada la edad adulta y el valor humano por su funcionalidad, muchas veces relacionada con su capacidad productiva (Kervasdoué, 2004, Molinier, 2020).

De esta manera en esta categoría también pueden incluirse los estudios relacionados con la mercantilización del cuidado denominado capitalismo emocional. La precursora de este tema, Arlie Hochschild invita a reflexionar sobre las relaciones que me permitieron ser cuidada y también las relaciones que me llevan a cuidar. Expone que en la modernidad el capitalismo no sólo produce bienes y servicios, sino también emociones. Así, por ejemplo al adquirir una mascota puedo estar con ella en mi tiempo libre obteniendo su compañía y cuando no puedo o no deseo cuidarle, pago para que alguien más se ocupe de su necesidad de pasear. Consumimos emociones, pero no nos hacemos cargo de estas. Este tipo de comportamientos suele ocurrir más cuando pensamos en la mercantilización de los cuidados porque si pago para que cuiden a alguien con quien me relaciono espero que lo hagan con ciertas expresiones y lenguajes corporales. Se romantiza el cuidado a tal grado de invisibilizar que también causa miedo, angustia, asco. Una enfermera que renta sus servicios debería estar alegre incluso si limpiar al dependiente de cuidado expide un mal olor, pero ¿Es respeto por la dignidad humana o la paga lo que le hace hacer este trabajo? A este razonamiento también habría que añadir el desgaste físico y emocional que se consume de la enfermera y si la

relación laboral merma a sus propios vínculos de poder recibir esos cuidados cuando los necesite, que es un poco de lo que ocurre con las cadenas globales de cuidados, donde cuidadorxs mayoritariamente provenientes del sur global cuidan dependientes mayoritariamente provenientes del norte, pero descuidan a sus propios dependientes (Cheprasov, 2021; Jiménez, 2019, Molinier y Paperman, 2020; Hochschild, 2013, Pérez, 2010).

Integrado estos sentipensares Barbara Dickey (citada por Schwartzamann 2003, página 12) propuso estudiar atribuciones desde dónde hasta la fecha hay mayor presencia política: el ámbito clínico, pero tomando en cuenta no sólo la labor del personal de salud, sino también las percepciones del dependiente de cuidados en cuanto al malestar y la relación que lleva con todo ellos la familia. Se toma en cuenta los dominios Físico, mental, social y la necesidad de servicios sanitarios y la propuesta se muestra en Cuadro 3.

Cuadro 3. Integración de dominios físico, mental y social con integrantes del proceso de cuidado propuesto por Bárbara Dickens

	Enfermar (DISEASE) Equipo de salud	Padecer (ILLNESS) CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE	Soportar (BURDEN) FAMILIA
<i>FISICO</i>	Morbilidad Mortalidad	Funcionamiento Percibido Dolor	Enfermedades familiares por estrés
<i>MENTAL</i>	Signos y síntomas neuropsiquiátricos.	Sentimientos y estado de ánimo	Sentimientos y preocupaciones del futuro.
<i>SOCIAL</i>	Red social, funcionamiento en roles asignados	Soporte social, satisfacción con los roles o cambios de rol	Soporte social, satisfacción con los roles o cambios de rol

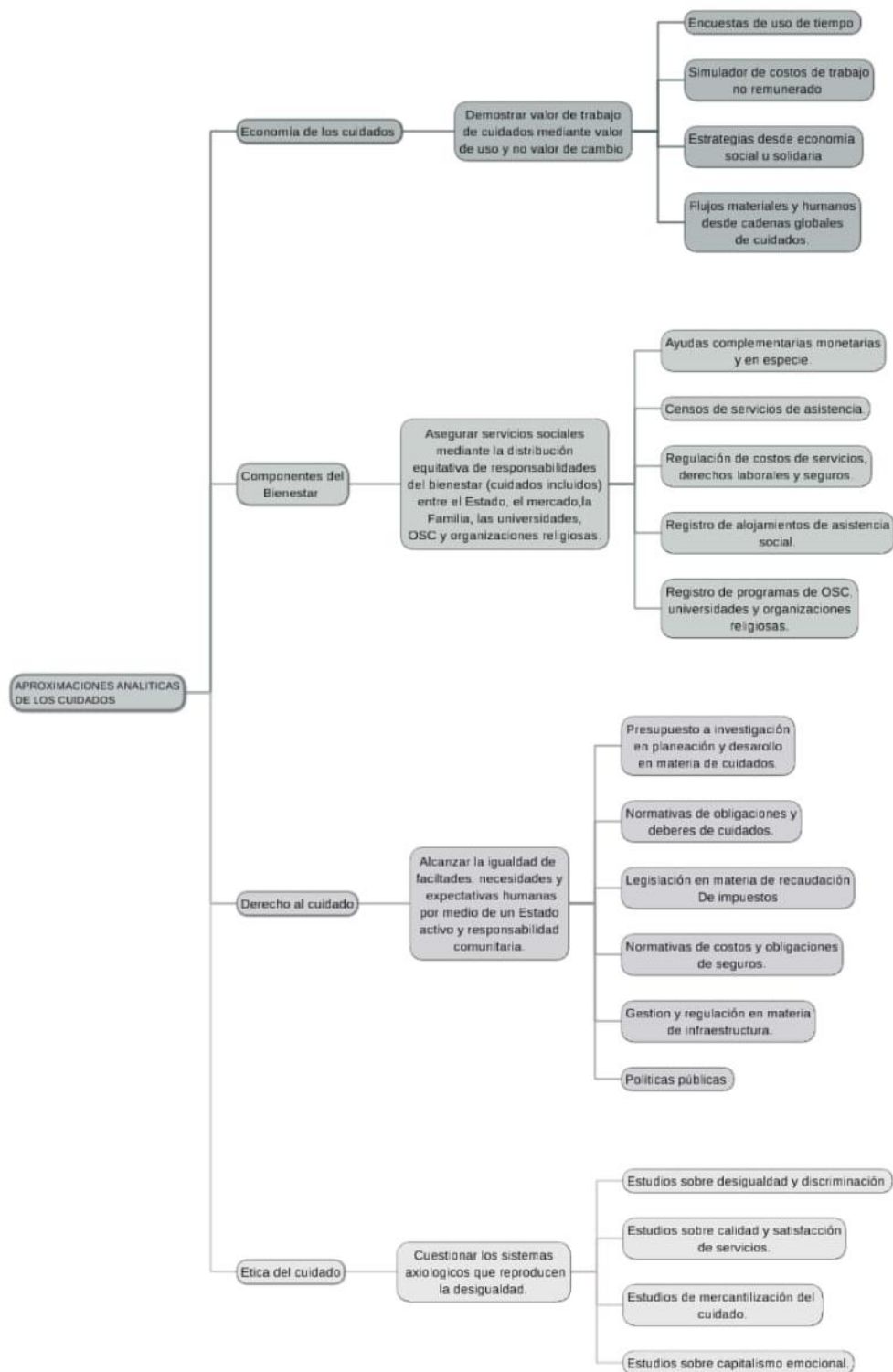
SALUD EN GENERAL	Severidad de la enfermedad. Nivel de salud	Salud percibida. Necesidad de servicios sanitarios.	Salud percibida, necesidad de servicios sanitarios.

Citado por Schwartzmann 2003.

Empezar a integrar la opinión del dependiente de cuidados y del entorno próximo que regularmente es la familia y los cuidadores domiciliarios permitirá también entender que cada cuidadora o cuidador tiene un *Now How*, que no necesariamente ha sido visibilizado bajo la objetividad o la profesionalización de los cuidados. Los responsables de cuidados saben, regularmente cuando el dependiente requiere ayuda para algo en sus expresiones faciales u otras manifestaciones no necesariamente medibles o cuantificables, lo que demuestra que la mejor manera de integrar el cuidado es entenderlo como colectivo. Esta categoría no cuenta con indicadores cuantificables, pero pueden integrarse estudios de control de calidad, encuestas de satisfacción, estudios sobre estado emocional del dependiente y limitaciones percibidas por lxs cuidadorxs. .

Para concluir este capítulo se esboza un cuadro que contiene las 4 dimensiones y los instrumentos que nos permiten aproximarnos a los componentes del concepto cuidados basados en la categorización de Bethyánnny 2020 (Cuadro 4.) y se hace remarca que la mayoría de estas propuestas vienen alineadas a las transformaciones y reclamos feministas que se acentúan regularmente en tres grupos principales que demandan cuidado: *les infantes*, *les enfefermxs* y *les adultxs mayores*. En el siguiente capítulo se abordará un concepto que ha venido cobrando relevancia desde principios de siglo debido al aumento de sus integrantes, al tiempo que demandarán cuidado y a la crisis de sostenibilidad de la vida de estos si no se atienden estas necesidades de manera inmediata.

Figura 1. Características y herramientas de las aproximaciones analíticas de los cuidados



Elaboración propia con base en Bathyánni 2020

1.3 SOBRE LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO Y LOS DEPENDIENTES DE CUIDADO A LARGO PLAZO.

En el capítulo anterior se mencionaron distintas visiones desde las cuáles podrían abordarse los cuidados y especialmente en el apartado de bienestar se mencionó que existen fenómenos demográficos y epidemiológicos que motivan algunos cambios sociales en cuanto a sus formas de distribución, aseguramiento y obligatoriedad. Debido al fenómeno global de envejecimiento, ha surgido una subcategoría dentro de los cuidados denominada cuidados a largo plazo. En este subapartado se tocarán puntos clave para la definición de los mismos así como algunas de las características de las personas dependientes de los mismos.

Los cuidados a largo plazo (CLP) son todos los servicios y actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido o corren el riesgo de sufrir una pérdida importante y mantenida de la capacidad intrínseca durante largos periodos puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y su dignidad humana. Dentro de su concepción se incluyen los cuidados institucionales (casas de cuidado, asilos, estancias de día y/o tiempo completo), cuidados en casa (asistencias o ayuda a la salud en casa, enfermedad o terapeutas domiciliarios), cuidados comunitarios (jornadas de salud o eventos con fines específicos) y materiales de asistencia (Sillas de ruedas, lentes, bastones, etc)(Lehning y Austin, 2019; OMS, 2015; Ikegami, 2002; IOM, 2001). La capacidad intrínseca fue definida por la Organización Mundial de la salud como el conjunto de todas las capacidades físicas y mentales de un individuo, las cuales incluyen los dominios cognitivo, psicológico, sensorial (visión y audición), vitalidad (estado de nutrición) y morbilidad (Gutiérrez, García y Pérez, 2021). Es importante mencionar que la mayoría de estos cuidados no están encaminados a la atención médica, sino a rehabilitación, compensación o asistencias en las tareas de cuidado personal también denominadas actividades de la vida diaria (ABVD)(Caruso y Cols., 2017).

Gracias a esta definición podemos decir entonces que todas aquellas personas que padecen enfermedades crónicas, limitaciones físicas o mentales, discapacidad congénita o adquirida, limitaciones sensoriales, adultos mayores con fragilidad y personas con problemas de salud mental deberían estar consideradas en esta categoría, sin embargo, parece importante diferenciar los estadios en los que se encuentran sus padecimientos para poder ser asistidas

con algún aditamento, atención o servicio que en primera instancia le ayude a detener la progresión de esta condición y en segundo les ayude a compensar la pérdida de la capacidad intrínseca que le permita seguir manteniendo la capacidad funcional antes de llegar a la dependencia del cuidado directo de una tercera persona. Cabe mencionar que la capacidad funcional se compone de la capacidad intrínseca de la persona, del entorno y de las interacciones entre la persona y el entorno. Por tanto, la asistencia también se refiere a las herramientas, tecnologías, infraestructura domiciliaria y/o urbana y ayudas pedagógicas para el desarrollo de nuevas habilidades o prevención de la pérdida de la capacidad intrínseca. (OMS, 2020; OPS, 2020b; López y Jiménez, 2014; Consejo de Europa, 1998). Estos argumentos nos llevan a defender la necesidad de entender los cuidados a largo plazo como un sistema que facilite el trabajo transdisciplinar y ayude a optimizar los recursos y mejorar la calidad de vida de los dependientes.

Los sistemas se identifican como conjuntos de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema directo o indirectamente unido de modo más o menos estable y cuyo comportamiento global persigue normalmente, algún tipo de objetivo (Cathalifaud y Osorio, 1998). Desde este punto de vista, los cuidados a largo plazo forman un sistema que nos permite coordinar, planificar y organizar las intervenciones de llamado diamante del cuidado: *mercado, Estado, Familia y OSC-Universidades- instituciones religiosas* en pro de brindar herramientas y actividades que satisfagan el cuidado personal o actividades básicas de la vida diaria de personas con alguna limitación o pérdida de la capacidad intrínseca de manera concertada y descentralizada para asegurarles mantener la mejor calidad de vida posible, su dignidad, participación, autorrealización y en medida de lo posible independencia (Ministerio Peruano de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2021; López y Jiménez, 2014; Razavi, 2007, León, A, 1995). Para su delimitación, se proponen tres elementos básicos a considerar: 1) *El ambiente donde se desarrollará el sistema de cuidados;* 2) *La oferta de servicios brindada desde el Estado, Mercado, Familia, OSC, organizaciones religiosas y universidades para la demanda de cuidados y* 3) *Las características determinantes de la persona dependiente de cuidado.* A continuación se describen los elementos presentes en cada concepto con la finalidad de explayar todo lo que puede incluirse en esas categorías y posteriormente graficarlo de manera más compacta.

Dentro del elemento *ambiente* podemos contar también algunos factores contextuales que ejercen un efecto positivo o negativo en la capacidad funcional. Con el objetivo de ofrecer un marco referencial aplicable en la atención médica personal, incluyendo la prevención, la promoción de la salud y la mejora de la participación, eliminando o mitigando los obstáculos sociales y promoviendo el desarrollo de soportes sociales y elementos facilitadores, la Organización de las Naciones Unidas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, incluyó dentro de la Clasificación Internacional de la Discapacidad y el Funcionamiento (2001) una serie de elementos que engloban al *ambiente físico, social y actitudinal* en el que se desarrollan las personas con alguna limitación o discapacidad que de estar presentes o ausentes pueden fungir como barreras o facilitadores en el desempeño de las actividades de la vida diaria, condicionando así la autonomía del usuario. Se enlistan a continuación los principales apartados tomados en cuenta:

- 1) PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA: productos o sustancias para consumo personal (comida y medicamentos), para uso personal en la vida diaria, para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos, para la comunicación, para la educación, para el empleo, para actividades culturales, recreativas y deportivas, para la vida religiosa y espiritual; diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público; diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado; Productos y tecnología relacionados con el uso/explotación del suelo; pertenencias y otros no especificados o especificados.
- 2) ENTORNO NATURAL Y CAMBIOS EN EL ENTORNO DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD HUMANA: geografía física (relieve, cualidad y extensión del terreno, hidrografía), población, flora y fauna, clima, desastres naturales, desastres causados por el hombre (guerras, desplazamiento forzado, destrucción de la infraestructura social contaminación del suelo, agua, destrucción de casas), luz, sonidos, vibraciones, cualidad del aire, otros especificados o no especificados.
- 3) APOYO Y RELACIONES: familiares cercanos, otros familiares, amigxs, conocidos, compañerxs, colegas, vecinos y miembros de la comunidad, personas en cargo de autoridad, personas con cargos subordinados, cuidadorxs y personal de ayuda, extraños, animales domésticos, profesionales de la salud, otros profesionales

(trabajadores sociales, arquitectos o diseñadores), otros especificados o no especificados.

- 4) ACTITUDES: opiniones o creencias generales de miembros de la familia cercana, de otrxs familiares, de amistades, de conocidos, compañerxs, colegas, vecinos y miembros de la comunidad, personas en cargos de autoridad, personas con cargos subordinados, cuidadorxs y personal de ayuda, extraños, animales domésticos, profesionales de la salud, otros profesionales (trabajadores sociales, arquitectos o diseñadores), sociales, normas, costumbres e ideologías sociales, otros especificados o no especificados.
- 5) SERVICIOS, SISTEMAS Y POLÍTICAS: de artículos de consumo, de producción arquitectura y construcción, de planificación de espacios abiertos, de vivienda, de utilidad pública (proporcionar sistemas como agua, luz, transporte, saneamiento), de comunicación (transmisión de información), de transporte, protección civil, legares, asociación y organización, de medios de comunicación(proporcionar información por radio, televisión, internet), económicas (producción, distribución y consumo de bienes, de seguridad social, sistema sanitarios, sistemas y políticas laborales, de educación, de gobierno, otros no especificados.

El segundo elemento corresponde a *la oferta de servicios públicos y privados* para la demanda de los cuidados. Este elemento se relaciona de manera estrecha con el primer y tercer elemento, puesto que gran parte de los servicios remunerados o no remunerados están delimitados por el sistema de asistencia social predominante en la zona, así como características culturales y actitudinales. Con el fin de aproximarse a la variedad de servicios disponibles o probables a desarrollar se observarán algunos SCLP de países pertenecientes al bloque Asia-Pacífico debido a la relación y estrategias de cooperación en materia de desarrollo técnico y económico (Nakamura Sh., 2019; Rioja, R., 2019; Rodríguez, M, 2019; Medina, C. 2019; Samorodov, V., 2019; Kaewsarmrit, A., 2019; Mulati, E. & Lisa, 2019; INGER,2019) :

- A) PERSONAS: cuidadorxs, enfermerxs, rehabilitadorxs, bañerxs, geriatras, entrenadorxs físicos, educadorxs, psicólogxs, trabajadorxs sociales, voluntarixs, nutriólogxs, embajadores de los cuidados, neuropsicólogxs, ortopedistas, oftalmologxs, reumatologxs, terapeutas del lenguajes, quiroprácticos, podologxs.

- B) HOGARES: cuidados domiciliarios, teleasistencia, apoyo al cuidador (programa relevo).
- C) COMUNIDADES: rehabilitación ambulatoria, enfermerías y casas de cuidado ambulatorias/comunitarias, voluntarios en vecindarios, comedores comunitarios para adultxs mayores, hospital a domicilio, odontología domiciliaria,
- D) AMBIENTE Y EQUIPAMIENTO: remodelación de hogares y renta de equipo de ayuda, excursiones, actividades sociales, viviendas tuteladas, viviendas comunitarias, transporte adaptado, tecnologías de asistencia (robots, asistencia para la marcha, alimentación, visión y audición
- E) ESTANCIAS: permanentes para personas con demencia, casas de cuidado, centros de rehabilitación comunitaria, centros diurnos, centros de larga estadía, hogares de corta estancia, albergues, centros de cuidados paliativos,
- F) ASISTENCIA SOCIAL: Centros de salud, centros de trasferencias monetarias, programas de inmunización, programas de alimentación complementaria, ayudas con artículos de higiene personal y medicamentos, empleos para adultos mayores, acogida de adultos mayores,
- G) EDUCACIÓN: Formadores de cuidadores (personal, empresas o escuelas), universidades para adultxs mayores, capacitación para profesionales, capacitación para familiares y cuidadorxs, programas de superación de la discriminación por edad, grupos de investigación.
- H) ADMINISTRATIVO: Consultorías de planes financieros y de planes para el retiro, regulaciones en nuevas construcciones y remodelaciones, programas de regulación por niveles en el entrenamiento de habilidades de cuidado (0-5), bufetes especializados en maltrato al adulto mayor.

El tercer y último elemento engloba las características tomadas en cuenta para la *determinación de personas dependientes de cuidado* o con riesgo a sufrirlo en años venideros. Este aspecto se relaciona en gran medida con la pérdida de la capacidad intrínseca y funcional. Bajo esta percepción, en Octubre de 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la guía de Atención integrada para personas mayores: Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de la capacidad intrínsecas con recomendaciones que sirvieran de base para directrices nacionales para la inclusión de servicios destinados a prevenir y tratar la dependencia incluyendo 6 elementos principales en

cuánto a la capacidad intrínseca y dos complementarios referentes al entorno próximo: 1) pérdida de la movilidad, 2) vitalidad o nutrición deficiente, 3) disminución de la agudeza visual, 4) pérdida auditiva, 5) deterioro cognitivo, 6) síntomas depresivos; 1) apoyo a lxs cuidadorxs y 2) asistencia social. Esta guía está pensada para trabajadores de la salud y asistentes sociales que se desempeñan a nivel comunitario y en los centros de atención primaria, además de especialistas en cada uno de estos ramos que intervendrán en la evaluación y planificación de la atención de salud (OPS, 2020b; OECD, 2007). Su aplicación está pensada en dos etapas, una de detección temprana de signos de alarma y la otra de canalización y atención a estos signos y síntomas. A continuación se describe de manera breve en qué consiste cada uno:

1. *DETERIORO COGNITIVO*: manifestado con la falta de memoria, atención, lenguaje, habilidades visoespaciales y capacidad para resolver problemas, sin comprometer la consciencia (Klaassen, 2007). Representa un problema especialmente cuando se desarrolla un cuadro de demencia que le impida realizar sus actividades sociales o laborales. Su origen es desconocido pero se relaciona con el envejecimiento, enfermedades cerebrovasculares, hipertensión, sedentarismo, pérdida de la audición o locomoción, aislamiento social y bajo nivel de escolaridad, por lo cual la asistencia social es clave para la atención oportuna antes de llegar a la demencia.

Evaluación: Recordar tres palabras sencillas al final de otras preguntas, está orientado en tiempo y espacio (sabe qué hora es y dónde está). También se consideran importantes la nutrición deficiente, polimedicación, cuadros agudos de confusión y síntomas depresivos.

2. *DETERIORO LOCOMOTRIZ*: la pérdida de la movilidad de algún segmento, muchas veces asociado al envejecimiento o el dolor.

Evaluación: se pide a la persona que se levante 5 veces de una silla 5 veces, sin ayudarse con los brazos durante 14 segundos. De no poder hacerlo se le evalúa con el test de Guralnik o SPPB.

3. *VITALIDAD O ESQUEMAS DE ATENCIÓN PARA ABORDAR NUTRICIÓN DEFICIENTE:* en este apartado se encuentran los factores que contribuyen a mantener el equilibrio energético y o metabólico como la alimentación equilibrada, aporte adecuado de vitaminas y minerales (en personas dependientes es frecuente la deficiencia de vitamina B₁₂ y D). En este apartado se incluyen también la disminución de la actividad física, y el grado de obesidad.

Evaluación: Se pregunta si se han perdido 3k en los tres últimos meses sin intención de hacerlo o si se ha sufrido pérdida del apetito.

4. *CAPACIDAD VISUAL:* Dificultades o deficiencias en la percepción visual, se consideran miopía, hipermetropía, cataratas, glaucoma y degeneración macular. Suelen causar inseguridad al moverse, dificultad para acceder a la información, pérdida del equilibrio o riesgos de caída, ansiedad y depresión. A nivel comunitario se toma en cuenta la iluminación de ambientes y alumbrado público.

Evaluación: ¿Tiene algún problema de la vista?, ¿Le cuesta ver de lejos o leer?, ¿Tiene alguna enfermedad ocular o toma medicación? (diabetes, hipertensión?)

5. *CAPACIDAD AUDITIVA:* dificultad o deficiencia para escuchar con claridad. Es probablemente la pérdida sensorial más relacionada a la vejez. Su aparición dificulta la comunicación y puede producir o coadyuvar al aislamiento social, deterioro cognitivo, demencia, depresión, ansiedad, trastornos del equilibrio y muerte prematura. Suelen observarse el ambiente con ruidos de fondos bajos y la capacidad de los vínculos para expresarse con claridad, situándose frente a la persona y hablarle de manera más clara, sin gritar.

Evaluación: Prueba de los susurros (escucha susurros), audiometría menor a 35 decibeles para superarla o pruebas específicas con aplicaciones electrónicas como *Heard-who* diseñada por la OMS.

6. *CAPACIDAD PSICOLÓGICA:* desequilibrios psicológicos que incluyen principalmente la depresión y la ansiedad, pero también pueden incluirse trastornos

de la personalidad, psicosis, epilepsia, trastornos en consumo de sustancias, autolesiones/suicidio, estrés y estrés postraumático (OMS,2016).

Evaluación: ¿Ha tenido/sentido tristeza, melancolía, desesperanza o falta de interés y placer por hacer las cosas en las últimas dos semanas?

7.8. APOYO Y ASISTENCIA SOCIAL: Cuando se ha tenido alguna pérdida de la capacidad intrínseca importante y sólo es posible preservar la dignidad por asistencia o apoyo de un tercero. Se incluyen los apoyos para realizar las actividades de la vida diaria, acceso a centros comunitarios y servicios públicos. Si se sufre de deterioro cognitivo se cuentan además actividades instrumentadas de la vida diaria como el manejo económico, la protección al maltrato y al acoso. En este apartado también se consideran apoyos al encargado de proporcionar dichos cuidados.

Evaluación: Se hacen preguntas relacionadas con la discapacidad como ¿Le cuesta trabajo moverse, usar el inodoro, vestirse, bañarse, arreglarse, comer? Y preguntas relacionadas con el entorno, ¿Tiene algún problema con su alojamiento, problemas económicos, se siente sólo, recibe maltrato, dedica tiempo para el ocio?

Como puede notarse, existen una gran cantidad de posibles combinaciones a la hora de diagnosticar y atender las necesidades de las personas con algún grado de dependencia, pero para poder ofrecer una red de la complejidad cuantitativa, la conectividad y el comportamiento de dichos elementos es necesario identificar con que información ya se cuenta y cual podría obtenerse con evaluaciones sencillas y dirigidas utilizando instrumentos estadísticos y geográficos actuales, lo que permitiría jugar con las variables en *pro de lograr una cobertura más amplia, justa y sostenible* y eso es a grandes rasgos la mayor ventaja de entender a los cuidados a largo plazo como un sistema.

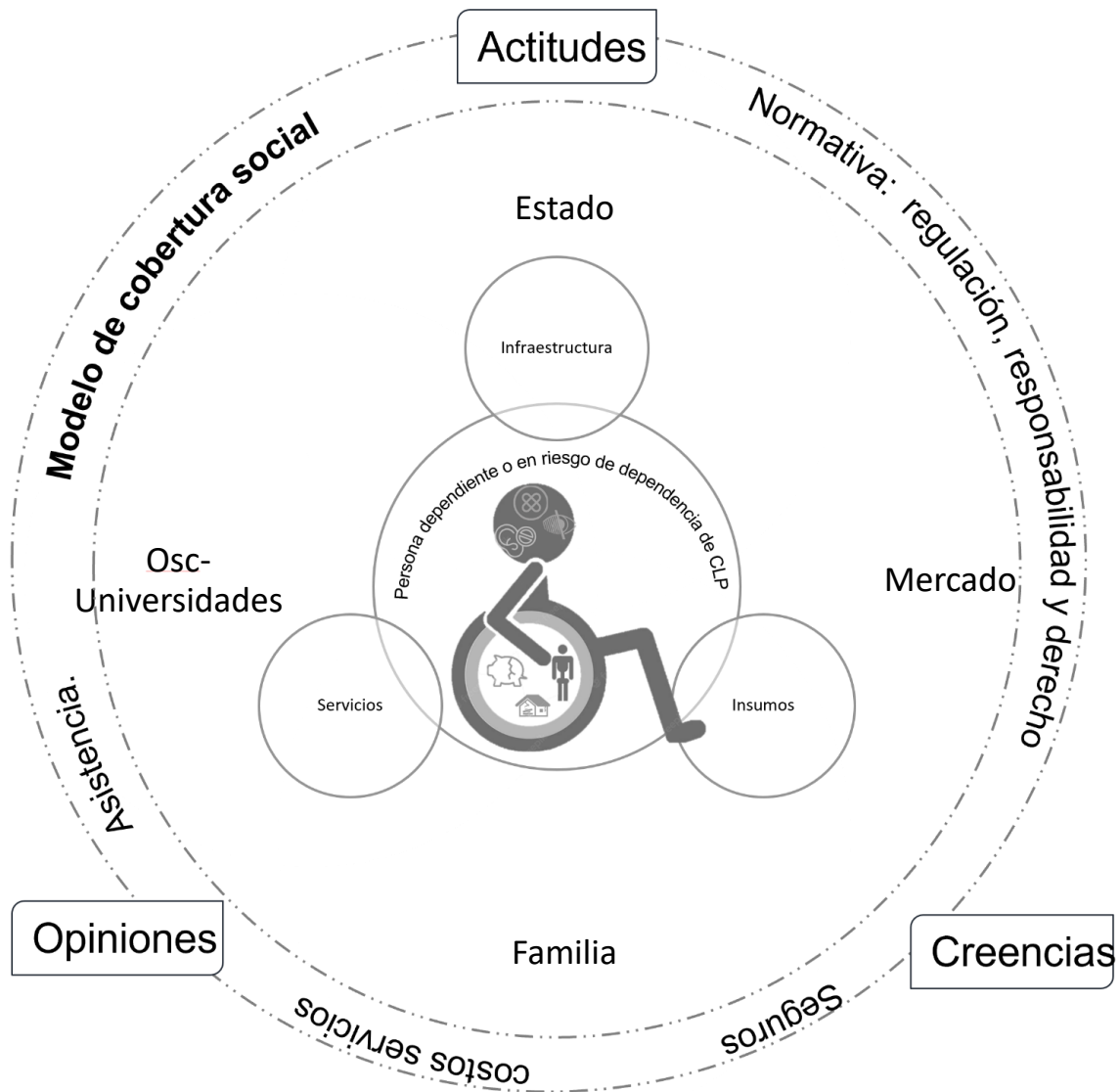
La figura 2 presenta una propuesta de integración de los tres elementos fundamentales en los sistemas de cuidados a largo plazo tomando en cuenta la atención centrada en la persona. Leyéndola del centro hacia afuera podemos decir que necesitamos identificar la pérdida de la funcionalidad de las personas que lo necesiten que incluyen pérdidas parciales o permanentes de la visión, la audición, la locomoción, la vitalidad (metabólico), el estado cognitivo, el psicológico y las carencias sociales o ambientales, posteriormente debemos

identificar si existe algún producto o tecnología, cambio natural o creado por el hombre en el entorno que pueda ayudar o limitar la participación e identificar qué actor social está cubriendo o puede potencialmente cubrir esas necesidades, todo ello estará enmarcado por un paquete jurídico de políticas públicas y una serie de actitudes, valores y creencias que caractericen a la sociedad donde se desenvuelve el sistema de cuidados a largo plazo.

A modo de cierre del apartado se hacen las siguientes acotaciones:

- 1) Entender a los cuidados como sistema nos permitirá organizar de mejor manera los elementos disponibles de manera más justa y sostenible, alineándose así con varios de los objetivos de desarrollo sostenible.
- 2) Los elementos básicos que comprenden estos sistemas incluyen el ambiente, los determinantes de las personas dependientes de cuidado y la oferta para cubrir dichas necesidades.
- 3) Estos elementos se verán afectados de manera positiva o negativa por factores actitudinales, creencias y opiniones generales que también variarán por rasgos culturales, económicos y de desarrollo, por lo que el sistema de cuidados es abierto y específico para cada territorio y tiempo y se recomienda trabajar en aproximaciones a la identificación y delimitación de los ellos.
- 4) Es urgente empezar con estos trabajos de investigación a diferentes escalas territoriales durante esta década puesto que se prevé que la siguiente esta problemática nos haya alcanzado.

Figura 2. Propuesta elementos base de sistema de cuidados a largo plazo integrados



Elaboración propia con base en Guía ICOPE 2020, CIF (OMS) 2021, diamante del cuidado de Razavi 2007 y ofertas de servicios de países del bloque Asia-Pacífico 2019. Elaboración propia.

CAPÍTULO II: MARCO CONTEXTUAL

Después de recorrer el camino de historia y epistemología de los cuidados es importante reconocer que la evolución histórica y el peso de las aproximaciones existentes hasta el momento es adoptado a distinto ritmo e intensidad y esto tiene mucho que ver con el territorio en el que se desarrollan y los modelos de desarrollo en que se inspiran los mismos, por lo cual es importante describir cómo son entendidos y abordados en el lugar de nuestro interés y si estos están sujetos a normativas y presupuestos de mayor jerarquía. En este capítulo se explora el camino recorrido en México y más específicamente en el municipio de Puebla en los últimos años con la finalidad de tener una idea de los posibles escenarios y perspectivas tomados en cuenta a nivel local.

2.1 IMPLICACIONES DEL SISTEMA DE CUIDADOS A LARGO PLAZO EN MÉXICO.

Después de haber mencionado las características de las personas dependientes de cuidado a largo plazo y las que se encuentran en riesgo de sufrirlo podemos inferir que en México la mayoría de estas personas son adultas mayores con pérdidas importantes de la capacidad intrínseca, personas con alguna discapacidad y/o condición mental o personas con alguna enfermedad crónico-degenerativa. Según el último reporte publicado por el INEGI (2020) en los últimos 30 años hemos aumentado el porcentaje de personas mayores de 60 años pasando de un 6% a un 12%, lo cual engloba cerca de 15 millones de personas, mientras que el total de personas con discapacidad a nivel nacional es de 4.9%, al menos unas 6.1 millones de personas, reconociendo que la mitad de estas son personas adultas mayores, lo que se traduce en aproximadamente 3 millones de personas adultas mayores con una o más discapacidades instauradas. Por otra parte, en el terreno de las enfermedades crónico-degenerativas, se sabe que existen unos 2,65 millones de personas que padecen algún trastorno relacionado con enfermedades metabólicas, enfermedades nutricionales, displasias y neoplasias, enfermedades neurológicas y de salud mental entre otras, lo que equivale al 2% de la población total y que otro 11.1% de personas en el país presentan alguna limitación para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. Esto nos hace resaltar que en México al menos 4.9% de la población total podría tener necesidades de cuidados a largo plazo y al menos un 13.1% está en riesgo de necesitarlos en un futuro cercano. Hay que tomar en cuenta que los datos con los cuáles contamos sobre discapacidad, adultos mayores y epidemiología están basados en primera instancia en datos autoreportados en el CENSO e informes del

sistema de vigilancia epidemiológica de los servicios públicos del país, por lo cual probablemente no se hayan incluido a las personas que no cuentan con seguridad social o son atendidas por instituciones particulares, de tal manera que el número de personas en riesgo podría ser mayor. (INEGI, 2021; Ferreyra, 2021; Reyes, 2021; Secretaría de Salud 2020)

Es importante destacar que hablar de personas dependientes de cuidados a largo plazo también es hablar de las marcadas inequidades económicas y de género que persisten dentro de este fenómeno a la hora de proporcionar esos cuidados, pues según datos de la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo 2019 (ENUT, 2019), las mujeres dedicaron 12 hrs semanales al cuidado directo de personas con alguna discapacidad o enfermedad crónica y 24 hrs en cuidados indirectos, mientras que los hombres únicamente 6 y 13 respectivamente. Esto puede deberse a los roles impuestos antaño por diversas doctrinas filosóficas, religiosas y económicas comentadas en el primer capítulo, aunado al desentendimiento del Estado dado tras la adopción de políticas públicas neoliberales que resquebrajan y se alejan de la garantía de un derecho universal del cuidado, además de inclinarse hacia la familiarización o mercantilización de los mismos, lo que condiciona este derecho al ingreso y las relaciones con que cuente la persona para poder llevar una vida digna y continuar con su plan de vida. Este mismo sistema neoliberal demanda cada vez más mujeres jóvenes que dediquen gran parte de sus recursos al trabajo remunerado, pero no cuenta con mecanismos que aseguren o compensen las necesidades de cuidados que quedan vacías, así, muchas de las tareas de cuidados intergeneracionales son asumidas por las mujeres adultas mayores (Rea, 2020).

Debido a la transversalidad de los cuidados con el envejecimiento, la desigualdad de género y la desigualdad económica, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) y el Instituto Nacional de las mujeres (INMUJERES) comenzaron a pugnar por la creación de un sistema nacional de cuidados con énfasis en los cuidados a largo plazo y en 2018 el CONEVAL publicó una guía con evidencia sobre qué funciona y qué no en materia de políticas de cuidados a largo plazo para personas adultos mayores. Cuatro aspectos importantes que abona este documento son:

1. Recopila las *causas de la problemática* creciente de la crisis de cuidados a largo plazo en el país destacando, a) las limitadas posibilidades de acceso a cuidados de largo

plazo a través de instituciones privadas debido a sus altos costos y bajas facilidades, b) la falta de oferta de CLP a través de instituciones públicas por una parte debido a la ausencia de CLP en el sistema de protección social de ese entonces y por otra a la ausencia de organismos de CLP vinculados con los servicios del sector salud y c) la limitada calidad de oferta de CLP a través de mecanismos informales por falta de conocimientos, recursos físicos, emocionales y la baja participación de los hombres por estigmas de género.

2. Presenta los tipos de *intervención en materia de política pública* existentes hasta el momento identificando en primera instancia el programa nacional de transferencias monetarias a personas adultas mayores y en segunda los programas a nivel estatal identificados en el 2014, 14 de ellos destinados hacia necesidades en salud, 11 hacia necesidades económicas y 7 orientados a capacitación. Así concluyen que hasta el momento no hay programas que articulen o tengan como población meta las personas y necesidades de CLP.
3. Analiza la *oferta* proveniente del sector formal e informal. Se destaca que por parte de las instituciones públicas los organismos de asistencia social que están a cargo de los programas como el DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) y el INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) no tienen acciones articuladas, prioridad ni directrices claras en sus programas de atención, pero se reconoce que cuentan con servicios médicos, de alimentación y canalización a instituciones de segundo y tercer nivel de atención, dedicadas a la recreación, actividades deportivas y culturales. Por parte de las instituciones privadas como estancias de día, asilos y residencias se cuenta con poca información sobre sus censos internos, características, normas de funcionamiento, control de calidad en cuanto a infraestructura, funcionamiento, recursos humanos, sus perfiles las condiciones de prioridad y seguridad de los integrantes. Se menciona únicamente al Censo de Alojamientos de Asistencia Social (CAAS), incorporado por INEGI 2010, el cual proporciona información sobre la constitución jurídica de los establecimientos y si los trabajadorxs son asalariados o voluntarios.

Por último analiza la provisión de cuidados en el hogar con los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo identificando que la mayoría de los

cuidados son provistos por algún familiar, amigx, vecinx o conocidx dentro del hogar y otro porcentaje más bajo es provisto por atención médica domiciliaria. En este último se destaca el programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (ADEC) por el Instituto Mexicano del Seguro social.

4. Análisis sobre *evidencia de efectividad de programas para satisfacer las necesidades a largo plazo* a nivel mundial. Se destacan los programas financieros de Alemania y Japón, los sistemas de seguros como el de Corea, la integración de los servicios sociales y médicos como el de EEUU, la cobertura en atención primaria alcanzada por Francia, la teleasistencia y robótica de Taiwán

Un año después, el INGER organizó una serie de conferencias con el objetivo de socializar las experiencias de formación de sistemas de CLP en países pertenecientes al bloque de cooperación Asia-Pacífico APEC. La mayoría de estas propuestas mostraron los cambios llevados a cabo en cuanto a su recaudación de impuestos, modificación en materia de política pública programas de apoyo a la asistencia de manera monetaria, en especie y servicios y también se expusieron directrices propuestas por el Banco interamericano de Desarrollo BID y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL para la creación y sustentabilidad de los sistemas de cuidados en países de ingresos bajos y medianos. Por último se presentó el plan del Instituto Mexicano del Seguro Social para la implementación de un sistema de Cuidados a Largo plazo que incluye 5 etapas distribuida durante los años 2019-2024(INGER, 2019b; IMSS, 2019). Dentro de las acciones más representativas en este sistema se encuentran la creación de clubs para adultos mayores, la promoción de actividades turísticas y hábitos que mantengan la capacidad intrínseca, además de impulsar cursos en línea y presenciales para cuidadorxs.

Posteriormente en el 2020, el director del INGER presentó una ponencia sobre los retos del COVID-19 (López, 2020) y las instituciones de Cuidado a largo plazo tocando puntos de importancia en materia de Cooperación internacional. En primera Instancia, la adherencia y participación de México en el programa *década de envejecimiento saludable* el cuál destaca 10 acciones claves para lograr sus metas, colocando al desarrollo de un sistema de Cuidados a Largo plazo en 5to lugar prioritario. Se reconoció la existencia de programas asistenciales en atención del adulto mayor, sin embargo, también se mencionó que aún no existía un

sistema de cuidados y mucho menos uno de largo plazo, pero se estaba avanzando en materia de legislación y regulación a través del proyecto PROY-NOM031-SSA3-2018 que subraya la importancia de la certificación de personal y centros proveedores de cuidados y la importancia de apoyarse en datos que nos ayuden a saber quién está cuidado a las personas adultas mayores, cuáles son las tareas preventivas a las cuáles se suman, si cuentan con afiliación a seguros médicos, sociales, apoyo económico, prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, dificultad para realizar actividades de la vida diaria y comportamientos nocivos a la salud.

Por último, se señaló que actualmente el 99% de los hogares con personas mayores de 50 años cuidan a sus familiares y que no cuentan con la educación mínima en materia de cuidados especiales de largo plazo, explicando que la intención de asentar los CLP en base comunitaria es que estos familiares desarrollen habilidades y competencias para hacerlo de la mejor manera posible (Gutiérrez, 2020; Sosa, 2020; López, 2020; ENASEM,2018).

Otra institución pública que pugna por la democratización e igualdad en materia de cuidados es el INMUJERES, quien el 4 de noviembre del 2020 realizó un conversatorio con expertas investigadoras en materia de cuidados a largo plazo. En este conversatorio se destacaron ideas importantes como la urgencia en la instauración de un sistema nacional de cuidados con énfasis en cuidados a largo plazo. A lo largo de distintas ponencias se evidenció la tendencia del cargo de cuidados en mujeres adultas mayores, la desigualdad a la hora de recibir cuidados, la omisión del Estado para poder regularlos y se pidió encarecidamente un trabajo transdisciplinario que abonara en la distribución igualitaria de los trabajo de los cuidado en los hogares, para lo cual es importante diseñar programas que *enseñen a las mujeres a confrontar, negociar y cooperar* en la creación de espacios, regulación del mercado de cuidados, lugares para la atención a la discapacidad y sobre todo que ayuden a romper los estigmas de la población Mexicana, los cuáles siguen encasillando a las mujeres en una obligación ética sobre ser buenas madres, cuidadoras, esposas y trabajadoras de manera simultánea aunque estas exigencias no están presenten en la misma intensidad con los varones (Prieto, 2020; Rea, 2020). Al finalizar cada ponente pidió que se promovieran los espacios generados por instituciones como el INMUJERES, SUIEV UNAM, CONAVID, CONAPRED, CEDAW, MMYT entre otros.

Finalmente gracias a las pujas de estas instituciones, las ONG; OSC y sobre todo de los hogares mexicanos, el 18 de noviembre de 2020 se aprobó la reforma de los artículos 4-73 de la constitución política mexicana en materia de sistema nacional de cuidados y contiene los siguientes elementos:

1. Reconocer expresamente el derecho de toda persona al cuidado digno que sustente su vida y le otorgue elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad, así como el derecho a cuidar a quien lo requiera. Esto incluye cierta obligatoriedad a los responsables de proveer los cuidados en igualdad de Género.
2. Garantizar el derecho al cuidado y para ello se implementará el sistema nacional de cuidados.
3. Establecer como prioridad en dicho sistema a las personas que requieran cuidados por enfermedad discapacidad, niñas y niños, así como adultos mayores que vivan en condiciones de extrema pobreza y a las personas que realicen actividades de cuidado de las anteriores sin remuneración alguna
4. La obligación del Estado de velar y cumplir con el principio del interés superior de la niñez en los servicios para la atención cuidado y desarrollo integral infantil.
5. Reconocer el derecho de toda persona a decidir la distribución del tiempo propio acorde a sus necesidades e intereses.
6. Establecer la facultad del Estado para promover la corresponsabilidad entre mujeres y hombres en la actividad de cuidado.
7. Facultar al Congreso de la Unión para expedir la ley general en materia de cuidados en la que se dispongan, entre otras cuestiones, los términos de la concurrencia entre la Federación, Estados y Municipios en el sistema nacional de cuidados (Cámara de Diputados, 2020).

En conclusión, en México existen esfuerzos principalmente por dos instituciones para generar actividades que mejoren la calidad y equidad de la provisión de cuidados en los hogares, además de algunos establecimientos de asistencia privada. Cabe mencionar que los datos recabados y presentados en este trabajo no engloban todas las visiones propuestas por

la academia o colectivas, sino desde instituciones oficiales. En cuanto a legislación, aún no se publica la ley general en materia de cuidados ni su concurrencia entre los distintos niveles territoriales, además, de que la prioridad de este sistema son las personas que tienen ya instaurada alguna discapacidad y no las que pueden sufrirla en un futuro cercano, lo cual posterga un poco más contar con presupuesto del erario para actuar en dicha problemática, perpetuando los cuidados en el hogar y las consecuencias económicas, físicas, emocionales y sociales que esto conlleva, además de que la mayoría de programas y esfuerzos se gestan y llevan a cabo en la ciudad de México y algunas ciudades al norte del país lo que denota la centralización de dichos esfuerzos.

2.2 SOBRE EL MUNICIPIO DE PUEBLA Y LA CONSTITUCIÓN DEL SISTEMA DE CUIDADOS A LARGO PLAZO.

El municipio de Puebla cuenta con características importantes para ser estudiada en diversos ámbitos debido a su densidad poblacional y sus características competitivas. En este apartado nos interesa explorar de manera más importante los datos que dibujen algunas características sociodemográficas importantes para el estudio de su dinámica en materia de cuidados a largo plazo. Así, como fue mencionado en el capítulo anterior los individuos con una necesidad importante de cuidados a largo plazo son personas que debido a alguna enfermedad crónica, discapacidad o envejecimiento han perdido alguna capacidad intrínseca, lo que dificulta llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Según los datos epidemiológicos publicados por la Secretaría de Salud en el año 2020, las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el estado (ya que no existen datos a nivel municipal disponibles de manera pública) son la desnutrición severa y la cirrosis hepática seguidas con incidencia moderada la enfermedad vascular cerebral, insuficiencias venosas, bulimia, enfermedad de Parkinson y el bocio por enfermedad tiroidea. En cuanto a la demografía de personas con discapacidad y mayores de 60 años la localidad cuenta con 65,561 y 211,567 personas respectivamente, lo que quiere decir que al menos el 3.9% de la población total necesita o está en riesgo de necesitar cuidados a largo plazo y más de un 12.98% es propensa a sumarse a este porcentaje debido a probables pérdidas de la capacidad intrínseca por edad si no se promueven hábitos de envejecimiento saludable. Cabe mencionar que en el municipio de Puebla se cuenta con un porcentaje de personas con discapacidad menor al

promedio nacional, pero es el cuarto municipio con mayor concentración de adultos mayores en el país (Kanter, 2021; INEGI, 2020a; OMS, 2020; Secretaría de salud, 2020).

Según el último estudio de competitividad urbana realizado por el Instituto Mexicano de Competitividad en 2021, el municipio de Puebla cuenta con un nivel aceptable en materia de acceso a la educación a nivel básico, sin embargo esto no se ve reflejado en programas que posicionen a las personas por arriba de la línea de bienestar, contribuyan a la equidad salarial o incentiven cambios en las empresas para hacerse socialmente responsables, lo cual hace que la localidad no tenga recursos para seguir desarrollándose (IMCO, 2021). En este sentido, se presenta como un motor de impulso económico la creación de un sistema nacional de cuidados con énfasis en sistemas de cuidado a largo plazo, que permita el acceso a una red de servicios alternativos de calidad y asequibles, lo cual permitirá 1) garantizar el derecho al cuidado de las personas que lo necesiten, 2) liberar tiempo para que las personas cuidadoras puedan integrarse al mercado laboral remunerado si así lo desean o dedicarse a seguir desarrollando su plan de vida y autocuidado permitiendo mejorar los niveles de ingreso familiar o los niveles de salud de lxs cuidadorxs, 3) transitar a un esquema de licencias de cuidado obligatorias e intransferibles que ayuden a fomentar la corresponsabilidad de los cuidados al interior de los hogares, 4) diseñar programas para captar el talento de les cuidadorxs (mayoritariamente mujeres) que abandonan su plan de vida en pro de abonar al sistema de cuidados familiarizado. Todo esto abona en tres de los pilares fundamentales de los objetivos de desarrollo sostenible: salud y bienestar, igualdad de género y trabajo y crecimiento económico. (IMCO, 2022; IMCO, 2022a; ONU Mujeres 2020; Kanter, 2020; INMUJERES, 2020; CEPAL 2015).

Por todas estas razones se plantea abonar en las investigaciones que permitan identificar a los actores y elementos que conforman el sistema de cuidados a largo plazo en el municipio de Puebla de Zaragoza.

2.2.1 LOCALIZACIÓN, SOCIO-DEMOGRAFÍA Y GRADO DE MARGINACIÓN.

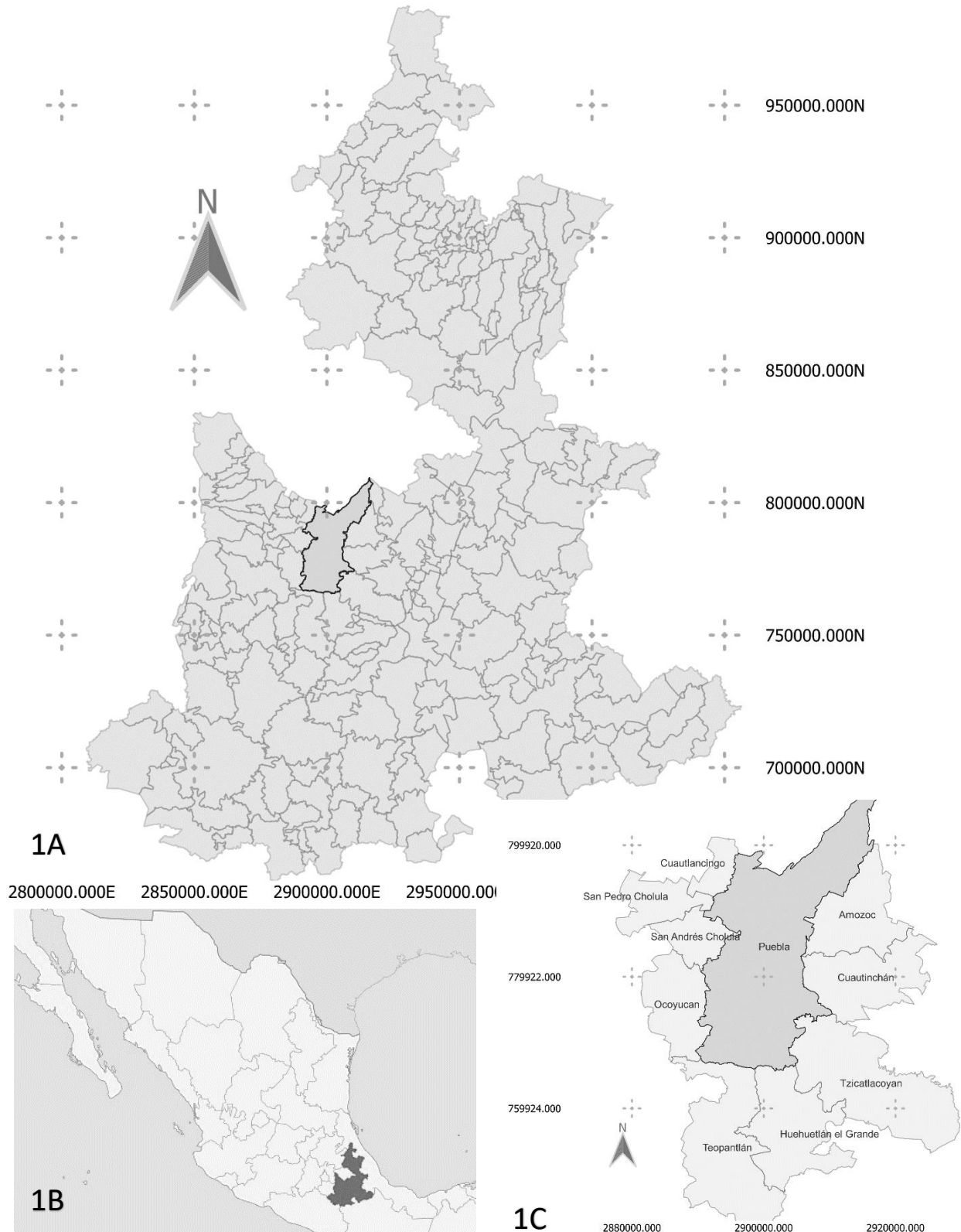
El municipio de Puebla también conocido como Puebla de los ángeles, alberga una de las metrópolis más grandes y pobladas de la República Mexicana, localizada en el altiplano mexicano, en el estado de Puebla, donde se ubica en la parte centro oeste. Sus coordenadas geográficas son: los paralelos 18° 50'42" y 19° 13'48" de latitud norte, y los

meridianos 98° 00'24" y 98° 19'42" de longitud occidental. Limita al norte con el estado de Tlaxcala, al sur con los municipios de Santo Domingo Huehuetlán y Teopantlán, al oriente con Amozoc, Cuautinchán y Tzicatlacoyan y al poniente con Cuautlancingo, San Andrés Cholula y Ocoyucan. Tiene una superficie de 544.65 kilómetros cuadrados, que lo ubica en el lugar número 5 con respecto a los demás municipios del Estado (INEGI, 2020a; INAFED, s/f). Los mapas orientativos se muestran en el conjunto 1A- 1C.

Según los resultados del Censo 2020, el municipio cuenta con un total de 1,641,278 de habitantes, siendo el 52,21% perteneciente a la población femenina y el 47.79% a la población masculina, lo que la hace la localidad más poblada del estado de Puebla. Respecto a la distribución por grupos de edad se elaboró la pirámide poblacional tomando en cuenta los datos libres del Instituto Municipal de Planeación (Gráfica 1) donde podemos ver de manera general que aún existen más personas jóvenes que adultas mayores, sin embargo, también podemos notar que existen más hombres que mujeres entre los 0-24 años y a partir de los 25 hay más mujeres que hombres, lo que nos pone a pensar que es probable que exista una migración o muerte importante de hombres jóvenes en la ciudad y que en general en el municipio de Puebla las mujeres alcanzan edades mayores. Esta es quizás una de las razones por la cual si hablamos de la problemática del incremento de dependientes de cuidados a largo plazo en el municipio haya un mayor número de mujeres.

Como vimos en el apartado anterior existen varios pilares que pueden fortalecer o debilitar al sistema de cuidados. Uno de los más utilizados mitigar el avance de las pérdidas de la capacidad intrínseca y la atención de las personas dependientes de cuidado a largo plazo en nuestro país es el de servicios de salud. En Puebla existen 471,738 personas sin afiliación a los servicios de salud, lo cual corresponde al 29% de la población total. Las personas afiliadas se encuentran repartidas entre el Instituto Mexicano de seguro social (IMSS) que es la instancia de salud para lxs trabajdorxs de la industria abarcando el mayor porcentaje de personas afiliadas con un 42%, seguido por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), el cual ofrece servicios de manera gratuita a personas que no cuentan con seguridad social con un 17.2%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los servicios de seguridad social del estado (ISSSTE estatal, ISSEMyM, ISSSTEZAC, ISSSPEA, ISSSTESON) con un 4.5% y 2.8% respectivamente.

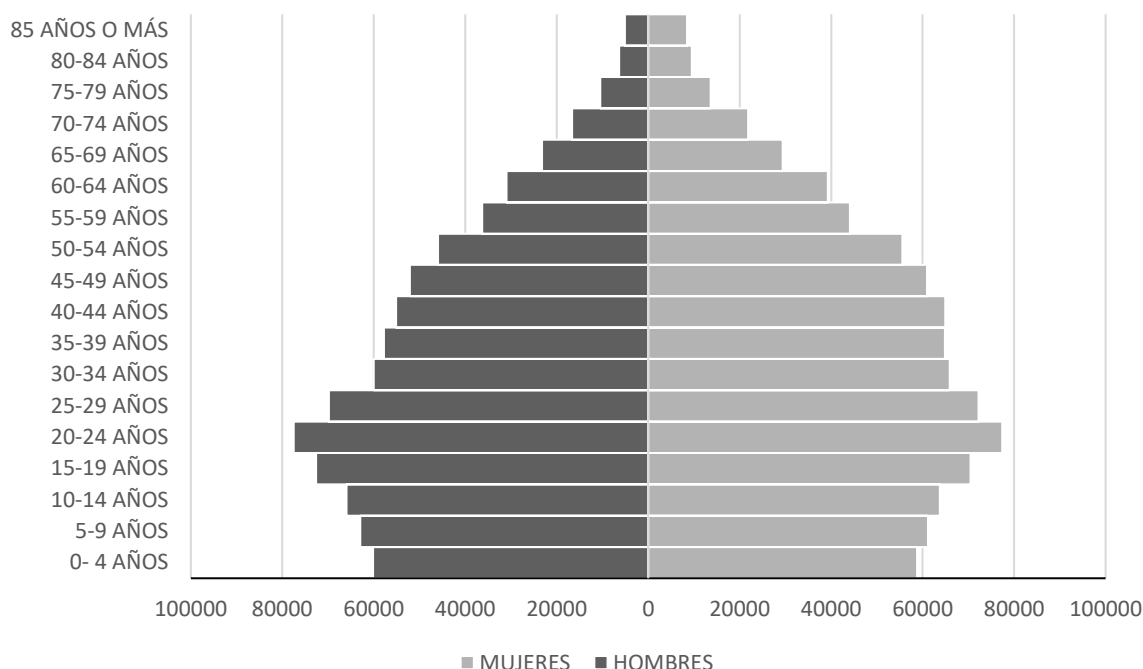
Mapas 1A- 1C: Ubicación y relación geográfica del municipio de Puebla.



Mapas 1A-1C: 1A: Ubicación Estado de Puebla, altiplano mexicano, centro oeste (Tomado de location map scheme por Wikipedia, 2022); 1B. Ubicación del municipio Puebla en el Estado; 1C. Colindancias de Puebla de Zaragoza con otros municipios (Elaboración propia con datos conjunto de datos mapas INEGI, 2020a).

Gráfica 1. Población por sexo y edad en Puebla durante el año 2020.

PIRÁMIDE POBLACIONAL CIUDAD DE PUEBLA 2020



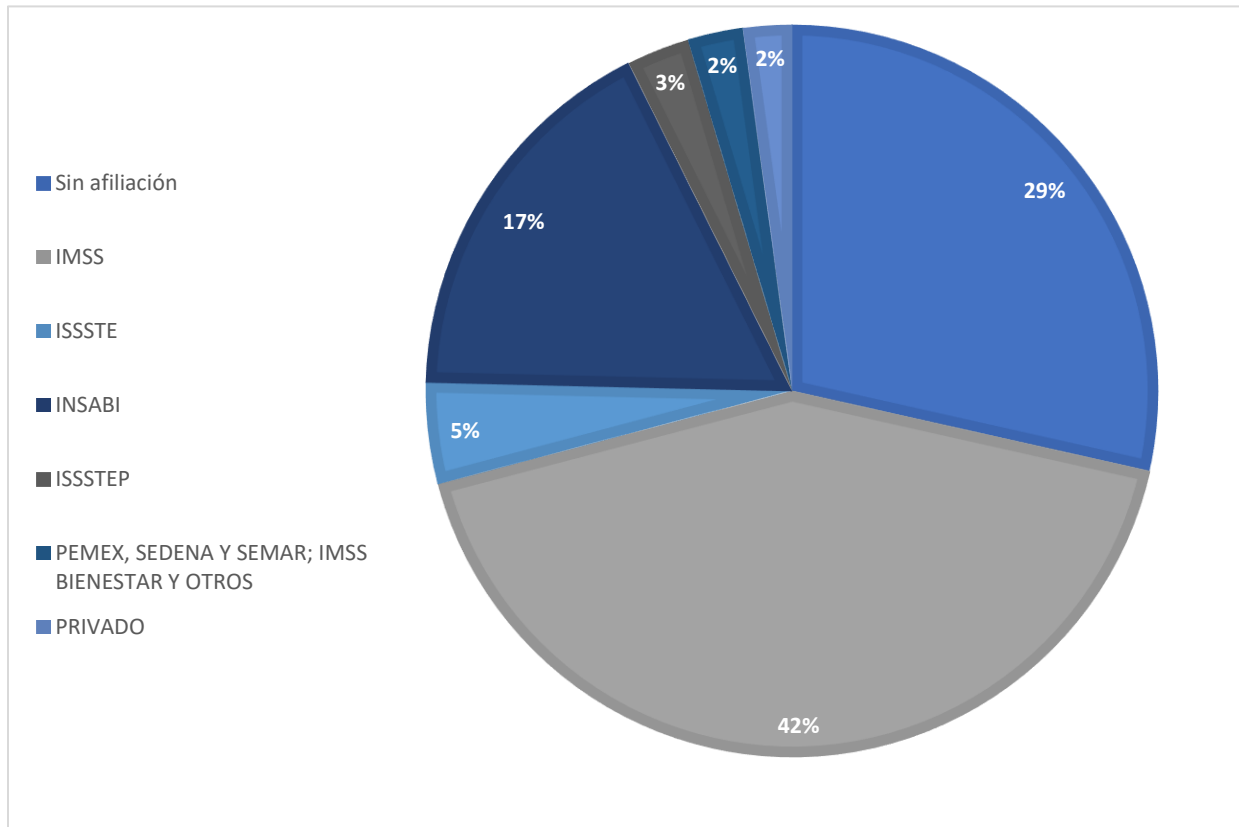
Elaboración propia con datos del Censo Poblacional 2020, INEGI

Posteriormente se ubican los servicios médicos en Petróleos Mexicanos, Secretaría de Defensa y Secretaría de Marina (PEMEX, SEDENA o SEMARNAT) con un 0.9%, IMSS BIENESTAR (Otro servicio para personas sin seguridad social) con, instituciones privadas con el 2.1% y otros tipos de servicios con 1.2%. La gráfica 2 muestra los porcentajes de no afiliación y afiliación de cada organismo de la ciudad de Puebla.

Nos interesa conocer la situación de afiliación a servicios de salud puesto que como vimos en el apartado anterior en México una de las instituciones que se responsabilizan de la planeación de un sistema nacional sobre cuidados a largo plazo (INGER) está a cargo del sector salud, por tanto aquellas personas que no están afiliadas a ningún sistema muy probablemente carguen toda la responsabilidad en la familia.

Por otra parte, en este trabajo mencionaremos también algunos datos acerca de pobreza, educación y acceso a la canasta básica, ya que son indicadores incluidos en el cálculo de índice de marginación. Aunque no existen muchos estudios que analicen la relación entre los cuidados a largo plazo y la situación de pobreza ni mucho menos a nivel

Gráfica 2. Porcentaje de personas sin afiliación y con afiliación en los distintos organismos de salud en el municipio de Puebla



Elaboración propia con datos del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI. NOTA: Para un mejor entendimiento de la gráfica, se agruparon algunos elementos y se redondearon los porcentajes descritos en el texto.

municipal, se sabe que dos de los sectores con mayor demanda de cuidados a largo plazo son las personas adultas mayores y las personas con discapacidad. Visto desde esta perspectiva, únicamente contamos con datos sobre pobreza a nivel estatal y se sabe que en 2018, el Estado de Puebla tenía a 56.4% de su población adulta mayor empobrecida y la cifra ascendía a 58.6% si se hablaba de su población con discapacidad., ambas contaban con más de 10 puntos por arriba de la media nacional, lo cual indica de mayor manera la urgencia de programas que cubran las necesidades de cuidados de estos grupos.

Otro dato importante para mencionar corresponde al rezago educativo, debido a que la educación puede ayudar a transformar el sistema de creencias y conductas discriminatorias hacia el grupo de personas que necesita de uno o varios cuidados, así como aumentar la exigencia de sistemas públicos de cuidados y redistribución de estos dentro del núcleo

familiar. Nuevamente sólo se cuenta únicamente con datos a nivel estatal y sabemos que el rezago educativo disminuyó 10 puntos entre el 2008 y 2018, lo cual podría ser un camino de apoyo en la tarea de mejorar el marco de creencias e incentivar practicas más justas en cuanto a cuidados a largo plazo.

Se menciona que en Puebla existía aún un porcentaje de carencia alimentaria con productos de la canasta básica en un 20.8%, 0.4% por arriba de la media nacional. Esto es importante debido a que una de las condiciones que se toman en cuenta para considerarse como vulnerable ante los cuidados a largo plazo es la desnutrición (CONEVAL, 2020).

Para finalizar el apartado del marco conceptual, es importante mencionar que en la ciudad existen algunos programas y dependencias que tienen como fin brindar servicios asistenciales en pro de fomentar una vejez saludable y jornadas integrales de servicios en algunas juntas auxiliares. Estos programas se describen de manera breve a continuación:

- **CENTROS PREVENTIVOS DEL BIENESTAR:** tiene como objetivo mejorar el acceso a derechos sociales de los habitantes del Estado de Puebla en situación de vulnerabilidad y/o de pobreza, mediante el otorgamiento del servicio social básico para una mejor calidad de vida, mediante acciones preventivas de salud, equipamiento y fomento a la cultura de atención preventiva y oportuna de la salud en las familias. Cuentan con servicios de Medicina general, farmacia, laboratorio, dentista y optometrista y están Ubicados en: Blvrd Nte, Villa San Alejandro, 72090 Puebla, Pue.; C. 24 Sur, San Francisco Totimehuacan, Puebla, Pue; Av. Independencia, Chapultepec, Puebla, Pue; Miguel Hidalgo, 72380 Puebla, Pue. (Secretaría de Bienestar, 2021).
- **ESTANCIAS DE DÍA:** Las estancias de día son espacios destinados a la asistencia social de los adultos mayores durante el día, con la finalidad de brindar servicios médicos, psicológicos y de capacitación, así como recreación y un sano esparcimiento en materia de prevención de abandono, ubicadas en 144 municipios de las 21 delegaciones del estado de Puebla, con una población beneficiada de aproximadamente 8,333 al año. En la ciudad de Puebla existen dos y están ubicadas en PRIVADA LÁZARO CÁRDENAS S/N, San Andrés Azumiatla Puebla; PRESIDENCIA AUX. MPAL de San Felipe Hueyotlipan (SDIF,2018).

- **CAMPAMENTO RECREATIVO PARA GRUPOS VULNERABLES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, PERSONAS ADULTAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD:** Campamento Recreativo para personas adultas mayores, grupos vulnerables o personas con alguna discapacidad. La información es escasa, pero para mayores informes pide enviar un oficio a las oficinas SDIF en Dirección General de Integración Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, ubicada en Gral. Emiliano Zapata 340, Sta Cruz Atoyac, Benito Juárez, 03310 Ciudad de México, CDMX. Los campamentos son gratuitos y se inician cada semana. También pueden solicitarse desde una asociación civil de manera presencial en la misma dirección. (SDIF, 2017)
- **PROGRAMA PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:** Apoya a niñas, niños, adolescentes y jóvenes de 0 a 29 años que tienen discapacidad permanente, y población indígena de 0 a 64 años, personas con discapacidad que pertenezcan a grupos indígenas del país de 0 a 64 años de edad, niñas, niños y jóvenes con discapacidad permanente de 0 a 29 años que vivan en municipios y zonas urbanas de alta y muy alta marginación con un monto de \$2,550 pesos que se entregan bimestralmente. El apoyo económico se entregará de manera directa –sin intermediarios- mediante el uso de una tarjeta bancaria (Secretaría del Bienestar, 2019).
- **CENTRO GERONTÓLOGICO CASA DEL ABUE:** promueve la integración social de los adultos mayores de 60 años y más en la ciudad de Puebla mediante la atención integral a través de acciones que con apego a la normatividad vigente, contribuyan a mejorar su calidad de vida brindándoles atención médica, psicológica, social, asesoría jurídica, ocupacional, recreativa y cultural. Los servicios son insitu y cuentan con costo de recuperación en grupos A y B dependiente del nivel socioeconómico. Ubicada en Calle 11 Norte No. 1810, Col. El tamborcito. Puebla, Pue. C.P. 72094 (Gobierno de Puebla, 2022).
- **SEMANA NACIONAL DE SALUD Y GENTE GRANDE:** Con el objetivo de realizar intervenciones de promoción, prevención, y protección de la salud que propicien el lograr una vejez activa y saludable. Involucra a las Instituciones públicas,

privadas y a la sociedad civil con acciones afines para que realicen actividades de promoción para la salud de la población adulta mayor (Gobierno de Puebla, 2017)

- PAGINA CON RECOMENDACIONES DE CUIDADO EN LA VEJEZ Y PROMOCIÓN EN LA SALUD: Página web con alguna información sobre signos, síntomas y prevención de cuidado de las arterias, conservación de la capacidad física, cuidado de los ojos, cuidado de los oídos. Disponible en: <https://ss.puebla.gob.mx/cuidados/itemlist>

Es importante mencionar que ninguno de estos programas y apoyos tiene énfasis en los cuidados a largo plazo y van dirigidos de manera general a personas mayores de 60 años y a personas con alguna discapacidad, además de que no se encontraron bases de datos disponibles sobre el número de beneficiarios, características etarias ni grados de marginación en las que viven como sugiere el CONEVAL que suceda en programas o servicios de asistencia social al desarrollo (CONEVAL, 2021). De manera puntual el gobierno del estado dejó de publicar informes sobre el envejecimiento y la discapacidad en el año 2017 y esos últimos no contenían datos de las entidades o el estado sino de manera nacional (Secretaría de Salud, 2017).

Por último se menciona que se identifican al menos dos empresas privadas encargadas de brindar cuidados a largo y corto plazo domiciliarios, arreglos a casa, servicios de aseo y otros particulares, así que puede decirse que en el terreno específico de los CLP los únicos que han avanzado de manera concreta son las estrategias de mercado (Visiting Angel, 2014).

Para concluir este capítulo se destacan las siguientes ideas:

1. En México las investigaciones en pro de los cuidados a largo plazo comenzaron a inicios de los 2000, sin embargo tuvieron énfasis y/o difusión a partir del año 2019 por instituciones en salud y feministas. La mayoría de los esfuerzos hallados tienen origen en la capital del país.
2. Aunque existe una aprobación de una ley general de cuidados con énfasis en cuidados a largo plazo, aún no se hace oficial en el diario de la federación ni se proveen recursos ni instituciones especializadas en diseñar, implementar y evaluar programas e investigaciones que contribuyan a avanzar en estos temas.

3. En el municipio de Puebla aún existen carencias en información estadística y geográfica epidemiológica y de dependencia de cuidados a largo plazo.
4. En el municipio de Puebla no existe información oportuna sobre apoyos de cuidados a largo plazo, aunque se muestra información sobre apoyos monetarios y algunos servicios a bajo costo para personas con alguna discapacidad de los 0-29 años y personas adultas mayores. Se identifican 4 programas encaminados a ayudas en servicios de manera municipal y 2 destinados a la recreación y transferencias monetarias de manera federal.
5. En la ciudad de Puebla no existe información abierta sobre el patrón de beneficiarios de los programas mencionados con anterioridad, transparencia en el presupuesto.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

De acuerdo con la información obtenida en cuanto a los elementos del concepto de cuidados a largo plazo descritos en el apartado 1.2.1 Aproximación analítica a los cuidados y 1.3 Sobre los cuidados a largo plazo y los dependientes a largo plazo, en este capítulo se planea explorar la información disponible a nivel local con especificidad a nivel AGEB, debido a que según la información general obtenida, los dependientes de cuidado a largo plazo cuentan con características específicas como pérdida de la motricidad y elementos sensitivos que impactan en este y otros rubros en los cuáles las características espaciales del ambiente natural y el modificado por acción humana así como las relaciones próximas pueden fungir como un obstáculo o como un facilitador para mantener un grado de capacidad intrínseca que permita cierto grado de independencia o que los cuidados necesarios se brinden de una manera oportuna y digna, por lo que en esta tesis se piensa que obtener datos geoestadísticos sobre los dependientes de cuidado y las ofertas de los mismos puede ayudar a generar estrategias más sustentables y justas.

3.1 TIPO DE ESTUDIO.

Como se mencionó en el apartado 2.2 (Sobre la ciudad de Puebla y la constitución del sistema de cuidados a largo plazo) en la ciudad de Puebla existen escasos acercamientos a la problemática específica de cuidados a largo plazo, además de que en la región no se encontró algún estudio con aproximaciones analíticas como las que se proponen en este trabajo, por lo que se considera de tipo experimental. Por otro lado no se diseñó ni aplicó ningún instrumento específico, sino que se tomaron datos y elementos preexistentes dados por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI, el Instituto Nacional de Geriátrica INGER, y el Instituto Nacional de las Mujeres INMUJERES, por lo que además se considera meramente descriptivo. Por último, dado que los instrumentos proporcionados por estas instituciones facilitan los datos en periodos específicos y algunos elementos de dichos instrumentos tienen variaciones se ha tomado como referencia el año 2020, por lo cual se considera de temporalidad transversal.

3.2 APROXIMACIÓN ANALÍTICA A LA DEMANDA DE CUIDADOS A LARGO PLAZO Y LA OFERTA DE ATENCIÓN PRIMARIA PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLA

En este apartado se retoman algunas ideas centrales de las *aproximaciones analíticas de los cuidados* y se añade una propuesta de variaciones con las características específicas

de les dependientes de cuidado a largo plazo que pueden considerarse para obtener *aproximaciones analíticas de cuidados a largo plazo*. Hay que recordar que si bien en el esquema de cuidados a largo plazo deben incluirse como dependientes o potenciales dependientes todas aquellas personas que han sufrido o son vulnerables a sufrir alguna pérdida de la capacidad intrínseca en cualquiera de los dominios propuestos por la Organización Mundial de la Salud en 2020 (Locomoción, auditiva, visual, psicológica, cognitiva, metabólica o de la vitalidad) y carencias en sus acompañantes sociales como lo son los apoyos y asistencia social o de relaciones cercanas (Lehning y Austin, 2019; OMS, 2015; Ikegami, 2002; IOM, 2001), en México se consideran sobre todo criterios de discapacidad instaurada poniendo especial atención a la discapacidad adquirida por deterioros causados por enfermedades crónicas y/o envejecimiento, por lo cual, los instrumentos que podrían ayudarnos a detectar a les dependientes de cuidado son aquellos que nos muestran estadísticas sobre la discapacidad, envejecimiento, epidemiología y características nutricionales de la población. Algunos instrumentos que cuentan con estas características son: El Censo de Población y Vivienda, la Encuesta Nacional de la dinámica demográfica ENADID, La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT con el cuestionario referentes a utilizadores de servicios, la Encuesta Nacional sobre salud y envejecimiento en México ENASEM y la Encuesta Laboral de Corresponsabilidad Social ELCOS. Más adelante se detallarán las ventajas y desventajas de cada instrumento para este estudio.

Otro elemento clave a considerar en este concepto son les proveedorxs de cuidados incluidos en la teoría del diamante de cuidados propuesta por Razavi (2007) que incluyen al Estado, el mercado, las OSC-Universidades y la familia. Aunque según Caruso y colaboradores los cuidados a largo plazo no deberían considerar los servicios médicos parte de las labores de cuidado en el país son asumidas por enfermerxs geriatras, fisioterapeutas geriátricos y otro personal de salud especializado en el área, por lo cual, los instrumentos de utilidad en este apartado pueden ser ENSANUT en sus cuestionarios utilizadores de servicios y la encuesta del hogar; la Encuesta Nacional sobre el uso del Tiempo ENOE, ELCOS y ENASEM. Además puede buscarse en los repositorios universitarios sobre posibles programas o investigaciones que se lleven a cabo en esta línea o espacios universitarios que

ofrezcan servicios de cuidado, rehabilitación y promoción al envejecimiento saludable con costos accesibles.

Hay que recordar que los servicios son provistos en espacios naturales o modificados por el hombre en los cuáles interactúan las tecnologías de ayuda que pueden ir desde infraestructura de accesibilidad a la movilidad, señalizaciones, ayudas ergonómicas, ayudas para adaptar los hogares y productos que ayuden con el cuidado de las funciones vitales básicas como pañales, fórmulas especiales de alimentación, geles y estimuladores para la deglución, aditamentos para la marcha, visión, audición, mascotas de compañía y/o apoyo emocional entre otras. En este apartado pueden ser de utilidad la encuesta de características de las localidades y del Entorno Urbano, el Censo de alojamientos y Asistencia Social (CAAS), el programa de apoyo alimentario de ENSANUT la Encuesta Nacional de Gastos en los Hogares ENGASTO, el cuestionario de programas de apoyo alimentario y el índice de marginación CONEVAL. Además podrían buscarse estudios sobre microempresas, PYMES y sectores industriales dedicados a esta línea de cuidados en los repositorios universitarios.

Por último, no olvidemos que todos estos acontecimientos, demandantes y proveedorxs de cuidados se desenvuelven dentro de un marco legal influenciado por las creencias, actitudes y opiniones que moldean la repartición de las responsabilidades y las legislaciones, por lo que en este apartado podrían ser de utilidad datos relacionados con la educación y la cultura. Entre los elementos importantes están la Encuesta Nacional de Consumo Cultural de México ENCCUM, la Encuesta Nacional sobre discriminación ENADIS, el apartado sobre educación del CENSO, Grado de marginación en su componente de educación y salud y podría realizarse una revisión acerca de los contenidos impartidos sobre cuidados en los niveles promedio educativos. En este apartado también pueden revisarse las leyes locales en pro de los cuidados, si estas iniciativas reciben presupuesto o son apoyadas de alguna manera y sobre todo si al hacerlo se define de manera clara las responsabilidades y obligaciones de les dependientes de cuidados a largo plazo y los proveedorxs, así como normas sobre construcción y vivienda y de funcionamiento en establecimientos dedicados a esta labor.

3.2.1 FUENTES DE INFORMACIÓN Y LIMITACIONES.

En el apartado anterior se mencionaron una serie de instrumentos con los que se cuenta a nivel nacional. En este apartado se hará una recopilación de elementos importantes para un análisis a nivel local, para lo cual se elaboró el Cuadro 4. con información sobre cuáles apartados de cada instrumento podrían ser de utilidad para la investigación, su último año de aplicación y sus limitaciones en cuanto a un acercamiento geográfico.

Cuadro 4. Fuentes de información, periodicidad, información de utilidad que aporta y limitaciones en los distintos componentes del concepto de cuidados a largo plazo.

IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE DEPENDIENTES DE CUIDADO A LARGO PLAZO.			
INSTRUMENTO/ INSTITUCIÓN RESPONSABLE	ÚLTIMA AÑO DE APLICACIÓN.	INFORMACIÓN DE UTILIDAD QUE APORTA	LIMITACIONES
CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA	2020	-Demografía de adultxs mayores por edad y sexo. -Afiliación a servicios médicos. -Dificultades en las actividades de la vida diaria o presencia de condición mental dividida por grados. -Pueden cruzarse con el sistema georreferenciado creado por INEGI.	No se proporcionan metadatos a nivel individual, por lo que no puede cruzarse información sobre si un mismo individuo/a cuenta con una o más limitaciones o dificultades.
ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA ENADID. INEGI.	2018	El apartado de discapacidad/dificultad desglosa estas son adquiridas por enfermedad, edad avanzada, de nacimiento, por violencia u otra causa.	El diseño de la encuesta incluyó al 7% de la población nacional estimada en el último conteo. Según el diseño de esta por las características por las que

			cuenta Puebla de Zaragoza se entrevistaron a un total de 80/160 viviendas, sin embargo el informe no muestra ese nivel de desagregación. (ENADID,2018).
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN ENSANUT. INEGI/INSTITUTO NACIONAL-DE SALUD PÚBLICA	2018.	Características de los servicios, accesibilidad en cuanto a costo-distancia, tipo de profesional al que acude, motivo de consulta, claridad de indicaciones terapéuticas.	El diseño de la encuesta incluyó al 7% de la población nacional estimada en el último conteo. Según el diseño de esta por las características por las que cuenta Puebla de Zaragoza se entrevistaron a un total de 80/160 viviendas, sin embargo el informe no muestra ese nivel de desagregación, pues fue diseñado para analizar sus resultados a nivel Regional y entidad federativa. El Estado de Puebla figura dentro de la región sur y la subregión sur-sur. (ENSANUT,2018).
ENCUESTA NACIONAL SOBRE SALUD Y ENVEJECIMIENTO. INEGI,	2015-2018 (Estudio Longitudinal).	Aplicada a personas de 50+ -Aspectos relacionales con conyugue, hijxs, padres y hermsnxs: tiempo compartido, espacios, ayudas monetarias,	El último levantamiento incluyó un 0.2% de la población adulta mayor estimada en 2015. Es parte de una iniciativa internacional para estudiar

INSP, Universidad de Wisconsin, Universidades de Texas Medical Branch.		ayudas con Actividades de la vida diaria -Características de la infancia. -Aspectos migratorios. -Salud en general, aparición de crónico degenerativas, adicciones, signos y síntomas frecuentes, afiliación y gastos en salud. -Grado de dificultad permanente o mayor a tres meses en Actividades de la vida diaria específica -Empleo, vivienda, violencia en vía pública o catástrofes. Pensión, ingresos y bienes. -Pruebas complementarias genéticas, actividades cognitivas.	envejecimiento en una red de países. Los resultados se presentan a nivel entidad federativa.
ENCUESTA LABORAL Y DE RESPONSABILIDAD SOCIAL ELCOS. INEGI/INMUJERES	2012 (No se ha vuelto a realizar)	-Identificación de dependientes con limitaciones permanentes, características de la cuidadora o cuidador -Características de toma de decisiones en uso de tiempo y recursos. -El estudio cuenta con especificidad de áreas Urbanas más grandes del país.	- Se incluye el área urbana de Puebla (No sólo la localidad) con una muestra de 850 entrevistas.
PANORAMA EPIDEMIOLOGÍA	2020	Magnitud y dimensión geográfica de enfermedades	-Los resultados se presentan únicamente a nivel de

GICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN MÉXICO 2020. (SECRETARÍA DE SALUD)		crónico-degenerativas y no transmisibles.	entidad federativa con referencia de medias nacionales. No existen tabuladores públicos disponibles, únicamente el informe con cartografía.
---	--	---	---

IDENTIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE PROVEEDORXS DE CLP

Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)	Trimestral	-Cuantificación de número de horas dedicadas a cuidados directos e indirectos o si la ocupación es de cuidados.	-No incluye si la razón por la que no trabaja o dejó de trabajar tiene que ver con dinámicas de cuidados. -Los resultados se dan a nivel entidad federativa. Se entrevista al 0.4% de la población total.
ENSANUT Encuesta de hogares- INEGI/ SECRETARÍA DE SALUD	2018	-Reporte de ser beneficiario de despensas, comedores comunitarios, de inclusión social, empleo temporal leche en polvo Liconsa por parte de SDIF, SEDESOL, o programa oportunidades. -información sobre apoyo recibido por parte de ONG's, suplementos de vitamina A, hierro, ácido fólico. -Transferencias monetarias o alimenticias para adultos mayores.	-Los resultados incluyen únicamente a 7% de la población total y son presentados a nivel entidad federativa.

CENSO DE ALOJAMIENTO O DE ASISTENCIA SOCIAL. INDESOL/INMUJERES/SDIF/RNR	Primera edición 2010	-Actividades que se realizan, de dónde se obtienen los recursos, datos específicos de los trabajadores como grado de escolaridad, - Tipo de asociación: OSC, privada, pública, mercantil, civil, religiosa.	- No se proporciona la ubicación a nivel AGEB a nivel público
---	----------------------	--	---

Nota: las características de utilidad de ELCOS y ENASEM están mencionadas en el apartado de la tabla anterior. Se destaca el binomio relacional dependiente de cuidado-cuidador.

IDENTIFICACIÓN DE ESPACIOS NATURALES Y MODIFICADOS POR EL HOMBRE.

CENSO DE ALOJAMIENTO O DE ASISTENCIA SOCIAL. INDESOL/INMUJERES/SDIF/RNR	Primera edición 2010. Se aplica en conjunto con el Censo de Población y Vivienda.	-Tipo de servicios que ofrece. Cuenta con especificidad de adultxs mayores, población vulnerable y adultxs mayores. -Actividades que se realizan, de dónde se obtienen los recursos, número de empleadxs, capacidad y datos de usuarios y sus características de ocupación y escolaridad.	- No se proporciona la ubicación a nivel AGEB a nivel público
ENCUESTA NACIONAL DE GASTOS DE LOS HOGARES- INEGI	2021 Trimestral Nacional/ Anual entidad federativa y ciudades seleccionadas.	-Alguna integrante cuenta pensión o pertenece a programas de adultos mayores de 60 años y cómo la obtuvo. -Datos de precariedad alimenticia debido a falta de ingresos, gastos por enfermedad y apoyos	- Se seleccionan 75 vivienda en el área metropolitana de AGEBs y manzanas seleccionadas.

		monetarios por ello, apartado específico de cuidado de adultxs mayores. -Equipamiento del hogar, internet, teléfono, TV. -Gasto en ayudas ergonómicas o aparatos de compensación sensorial.	
GRADO DE MARGINACIÓN. CONEVAL CON BASE EN INEGI.	2020	Carencia en viviendas como agua entubada, energía eléctrica, internet, excusado.	
INFLUENCIA CULTURAL: CREENCIAS, ACTITUDES Y OPINIONES.			
ENCUESTA NACIONAL DE CONSUMO CULTURAL. INEGI	Única Edición 2012	-Sitios y eventos culturales a los que acude, fiestas patronales, consumo cultural en la vía pública, uso de internet y consumo informal de cultura (Softwares, Comics, revistas, videojuegos)	No está especificada en la página su metodología para el muestreo, los tabulados incluyen algunos datos a nivel entidad federativa.
GRADO DE MARGINACIÓN. CONEVAL CON BASE EN INEGI.	2020	Carencia en grados de educación y acceso a servicio salud.	
ENCUESTA NACIONAL SOBRE	PRIMERA EDICIÓN 2017.	-Reacción ante roll de adultxs mayores en diferentes circunstancias, discriminación por discapacidad en el hogar.	El muestreo se realiza a nivel entidad Federativa contando con 1004 entrevistas a nivel estatal.

DISCRIMINACIÓN. Cuestionario de opinión y experiencias y cuestionario general. INEGI/CNDH/ CONACYT/UNAM/CONAPRED		-Tipo de discriminación social a personas con discapacidad, personas adultas mayores,	
---	--	---	--

Elaboración propia con datos y manuales del portal de INEGI consultado a junio de 2022.

En cuanto a la información de repositorios universitarios específicos, se contactó por medio de correo electrónico a la encargada de la Vicerrectoría y Estudios de Posgrado área de la Salud de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla para preguntar si había artículos o líneas de investigación relacionadas con el envejecimiento o los cuidados a largo plazo obteniendo respuestas negativas.

Por su parte el colegio de postgraduados y la Universidad de la Américas Puebla cuentan con descripciones sobre el centro gerontológico de atención para adultos mayores en Puebla “Casa del abue” y también de la percepción de calidad de vida de sus usuarios (Angulo, 2018; UDLAP, 2009). En tanto que la Universidad Iberoamericana ha dado algunas conferencias sobre el reto en la sostenibilidad de la atención de adultos mayores en el estado y el cuidado participativo a adultxs mayores (Noticias Ibero, 2020).

3.3.2. INFORMACIÓN GEOGRÁFICA Y ESTADÍSTICA

Una vez examinados los instrumentos con los que se dispone, es importante rescatar el interés geográfico de este trabajo de tesis, por lo cual se considera que sólo existen dos instrumentos que cumplen con las características idóneas para este trabajo: El Censo de Población y Vivienda y el Censo de Alojamientos de Asistencia Social, ambos realizados en el año 2020. Así mismo, se necesita un sistema de referencias geográficas. El instituto

Nacional de Estadística y Geografía diseño desde 2010 un Marco Geoestadístico de carácter nacional, el cual presenta la división del territorio nacional en diferentes niveles de desagregación para referir geográficamente la información estadística de los censos y encuestas institucionales y de las Unidades de estado llamado Sistema Nacional de Información estadística y Geográfica (SNIEG), el cuál puede ser considerado como un sistema de información Geográfica (SIG).

Los SIG utilizan el término geográfico para referirse a un sistema de coordenadas proporcionan una espacialidad y a veces una arquitectura representada en planos o mapas. A ellas pueden ser vinculados datos Alpha numéricos que brindan la posibilidad de generar consultas, simulaciones y mediciones a través de sistemas computacionales pudiendo utilizar herramientas como formas, colores etc. Para la codificación en estos sistemas existen dos maneras, el de tipo vectorial que crea formas discretas como polígonos, líneas y puntos y de tipo ráster que representa además de polígonos atributos específicos. Los archivos de tipo

ráster pueden contener más de una información. (Seguí, Portalés, Cabrelles y Lerma 2013).

Existen muchas aplicaciones para este tipo de sistemas, casi todos relacionados al urbanismo, ordenanza territorial, gestión de recursos y planificación electoral. En este trabajo se plantea su utilización para generar información que permita en un futuro una planeación sostenible en cuanto a infraestructura e impartición de servicios relacionados con el concepto de cuidados a largo plazo, pues como ha sido estudiado en algunos otros países, les dependientes de cuidado se focalizan en diferentes espacialidades



*Imagen 1. Niveles de conformación del SNIEG.
Tomado de INEGI, 2010.*

por lo que se diseñan y regulan trabajos domiciliarios, centros ambulantes de atención o transportes especializados (Nakamura, 2019; Medina, 2019). Además, en nuestro país algunos otros organismos encargados de evaluar la política pública de desarrollo como el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL ya utilizan este tipo de sistemas para generar más información como el grado de marginación, así podría obtenerse información cruzada que describa si este último tiene relación con el grado de discapacidad adquirida.

El SNIEG está conformado por áreas geoestadísticas divididas en tres áreas de desagregación: las áreas estatales (agee), las municipales (aagem), y las básicas (ageb). Estas últimas se categorizan en rurales y urbanas, las cuales a su vez contienen áreas geográficas de mínima observación; localidad y manzana. En la Imagen 1 se muestra el ejemplo de estas divisiones.

Debido a que el área de estudio de interés es una localidad, se buscarán datos en el menor nivel de desagregación y Vivienda son los AGEBs y aunque para el Censo de Alojamiento de Asistencia Social se cuenta con la desagregación a nivel manzana se utilizará el mismo nivel.

3.3 METODOLOGÍA: PROGRAMAS Y PROCESOS.

Después de revisar los datos disponibles y su compatibilidad con el SNIEG se concluyó que las únicas herramientas compatibles con el programa son los CENSOS de población y vivienda y de alojamientos de asistencia social. Después de eso se buscaron similitudes con cuestionamientos que nos ayuden a identificar a los dependientes de cuidado o a personas que han perdido o tienen riesgo de perder alguna capacidad intrínseca según la guía ICOPE (2020) descrita en el apartado 1.3 sobre los cuidados a largo plazo y los dependientes de cuidado a largo plazo. Entre estos dos instrumentos existen algunas diferencias y algunas aproximaciones y similitudes. La principal de las diferencias es que la guía ICOPE es aplicada por un trabajador social o personal de la salud entrenado para identificar las deficiencias o limitaciones de la capacidad intrínseca y poder derivar a un especialista en el tema en caso de ser necesario, mientras que si bien las preguntas de los CENSOS son aplicadas por trabajadores entrenados para ello, quienes responden las preguntas lo hacen sobre autopercepción o percepción de los habitantes del hogar y los

resultados están destinados a generar análisis de la información con diversos fines. Partiendo de esa observación se presenta a continuación el Cuadro 5., que contiene información sobre los dominios de la capacidad intrínseca y la pregunta inicial base en cada instrumento junto con la respuesta tomada en cuenta para considerar a la persona en riesgo de necesitar cuidados a largo plazo o con mucha dificultad o nula capacidad de hacerlo. Los datos que cuentan con un simil en el instrumento sensal aparecen en recuadros grises.

Al terminar ejercicio se determinó que de los 8 criterios propuestos por la OPS (2020b), los datos Censales nos aproximan a 5/8 y si bien los calificadores y la metodología de levantamiento de datos no es exactamente igual puede ser de utilidad a la hora de aproximarse a los datos con base geográfica.

DOMINIO DE LA CAPACIDAD INTRÍNSECA/ ENTORNO Y APOYOS	Guía ICOPE		CENSO Población y Vivienda /Censo de Alojamientos de asistencia social/ Grado de marginación 2020.	
	PREGUNTA	INDICADOR	PREGUNTA	INDICADOR
Capacidad locomotriz o movilidad.	Prueba de la silla. Debe levantarse de la silla 5 veces sin ayuda de los brazos. ¿Se levantó cinco veces de la silla	NO	En su vida diaria ¿(Nombre) Cuánta dificultad tiene para caminar, subir o bajar?	
Capacidad visual	¿Tiene algún problema de la vista, ¿Le cuesta ver de lejos?, ¿Tiene alguna enfermedad ocular o toma alguna	SÍ	En su vida diaria ¿(Nombre) Cuánta dificultad tiene para ver aún usando lentes?	

	medicación p/e: diabétes, hipertensión?			***En estos dominios se considerarán importantes los grados poca dificultad/ mucha dificultad y no puede hacerlo interpretados en el censo como limitación de la funcionalidad y discapacidad respectivamente.
Pérdida Auditiva	¿Oye susurros?, o bien audiometría menor o igual a 35 decibeles.	No	En su vida diaria ¿(Nombre) Cuánta dificultad tiene para oír aún usando aparato auditivo?	
Deterioro cognitivo	Recordar tres palabras después de preguntarle la fecha completa y ubicación.	Responde incorrectamente a las dos preguntas o no sabe o no recuerda las tres palabras	En su vida diaria ¿(Nombre) Cuánta dificultad tiene para recordar o concentrarse?	
			¿Tiene algun problema o condición mental?	
Nutrición deficiente o vitalidad.	¿Ha perdido más de 3kg involuntariamente en los últimos 3 meses?	Sí	No hay instrumentos compatibles con SIG que presenten información a nivel de desagregación	

	¿Ha perdido el apetito?	Sí	AGEB, sin embargo ENSANUT muestra resultados nivel entidad federativa presentados en el cuadro 4.	
Capacidad psicológica/ Síntomas depresivos	En las últimas dos semanas ha tenido sentimientos de tristeza, melancolía o desesperanza?	Sí	No cuenta con apartados específicos que traten acerca de síntomas depresivos o de ansiedad.	
	¿Siente falta de interés o de placer para hacer las cosas?	Sí		
Asistencia social	¿Le cuesta moverse por la casa?, ¿Le cuesta usar el inodoro?, ¿Le cuesta vestirse?, ¿Le cuesta bañarse o ducharse?, ¿Le cuesta arreglarse?, ¿Le cuesta comer?	Sí. (Si la respuesta es sí se recomienda indagar en apoyos en entorno físico, tecnología y productos, si cuenta ayuda de nexos filiales o remunerados.	En su vida diaria ¿(Nombre) Cuánta dificultad tiene para bañarse, vestirse o comer?	Ver ***
	¿Tiene problemas en la vivienda (alojamiento)?, ¿Tiene problemas de dinero?, ¿Se	Sí	¿ En esta vivienda tienen Viviendas sin servicios (Drenaje, agua	No

	siente sólo?, ¿Es capaz de dedicarse al ocio, aficiones, trabajo o voluntariado?		potable, piso de loseta, internet).? *Los otros aspectos no están disponibles en formato SIEG, sin embargo pueden obtenerse algunos indicadores a nivel entidad federativa en ENASEM, desglosados en cuadro 4.	
	Apartado de riesgo de maltrato en dónde el entrevistador nota tono de voz, lenguaje corporal, signos físicos y tono del dependiente de cuidado y cuidador.	Dependiente: No mira al entrevistador, observa con ansiedad al cuidador mientras contesta, describe al cuidador como de carácter fuerte, cansado o del mal genio, presenta daños físicos como golpes, magulladuras, arañazos sin razón u ocultas. Cuidador: pone trabas para entrevistar a la persona dependiente de cuidados, trata de convencer al entrevistador que está	No existe ninguna información al respecto en los instrumentos mencionados ni en alguno de los hayados en el cuadro 4.	Xxxxxxxx

		loca o pone obstáculos para recibir asistencia.		
Apoyo a cuidadores.	¿El trabajo de cuidador de... le afecta negativamente en su vida?	Sí	No existe información disponible compatible con formato SIEG, pero pueden encontrarse algunos datos a nivel entidad federativa en ENAOE, ELCOS, ENASEM y ENIGH.	Xxxxxx
	¿Siente que no tiene suficiente apoyo en su función como cuidador?	Sí		

CUADRO 5. Elementos para identificación de dependientes de CLP o en riesgo de dependencia de CLP. Elaboración propia con base en Guía ICOPE OPS 2020b, cuestionario básico Censo de Población y Vivienda INEGI 2020, Censo de Asistencia Social 2020, Cuadro 4.

Una vez comprobada la compatibilidad de los datos estadísticos con el marco geográfico se procedieron a realizar los siguientes pasos.

1. SOBRE EL MARCO GEOESTADÍSTICO:

- a. En la página de inegi.org.mx en la pestaña de temas nos dirigimos a marco geoestadístico y se seleccionó la pestaña descargas.
- b. Se selecciona la entidad de interés, en este caso Puebla y se descarga el paquete SHP (shapefile) del Censo de Población y Vivienda 2020, en el cuál se encuentran tres carpetas.
 - 1) Catálogos: incluye los manuales de uso y explicación del contenido de las otras dos carpetas.
 - 2) Conjunto de datos: donde se encuentran precargados algunos polígonos o archivos vectoriales.
 - 3) Microdatos: contiene archivos con información en formato texto.

2. SOBRE LOS SOFTWARE SIG o GIS (Sistema de información geográfica o geographic information system)

Existen muchos programas para PC que nos permiten integrar y representar sistemas de coordenadas e información estadísticas en capas vectoriales o incluso 3D. Entre los más destacados de acceso libre se encuentran GRASS, Kosmo desktop, OpenJUMP, SAGA y QGIS.

Para poder analizar la información se descargó y utilizó el programa QGIS 3.24.3 de su página oficial: <https://qgis.org/es/site/forusers/download.html>

3. CAPAS VETORIALES PRECARGADAS: una vez que se cuenta con estos dos elementos podemos crear nuevas capas vectoriales dadas por el marco geoestadísticos las cuales incluyen los distintos niveles de división territorial, entidades, municipios, localidades, AGEBS y manzanas. También se incluye información en capas de puntos sobre principales puntos de servicios como escuelas, hospitales, iglesias, las principales calles, sus nombres, avenidas, demarcaciones geográficas entre otras.

4. SOBRE LAS BASES DE DATOS.

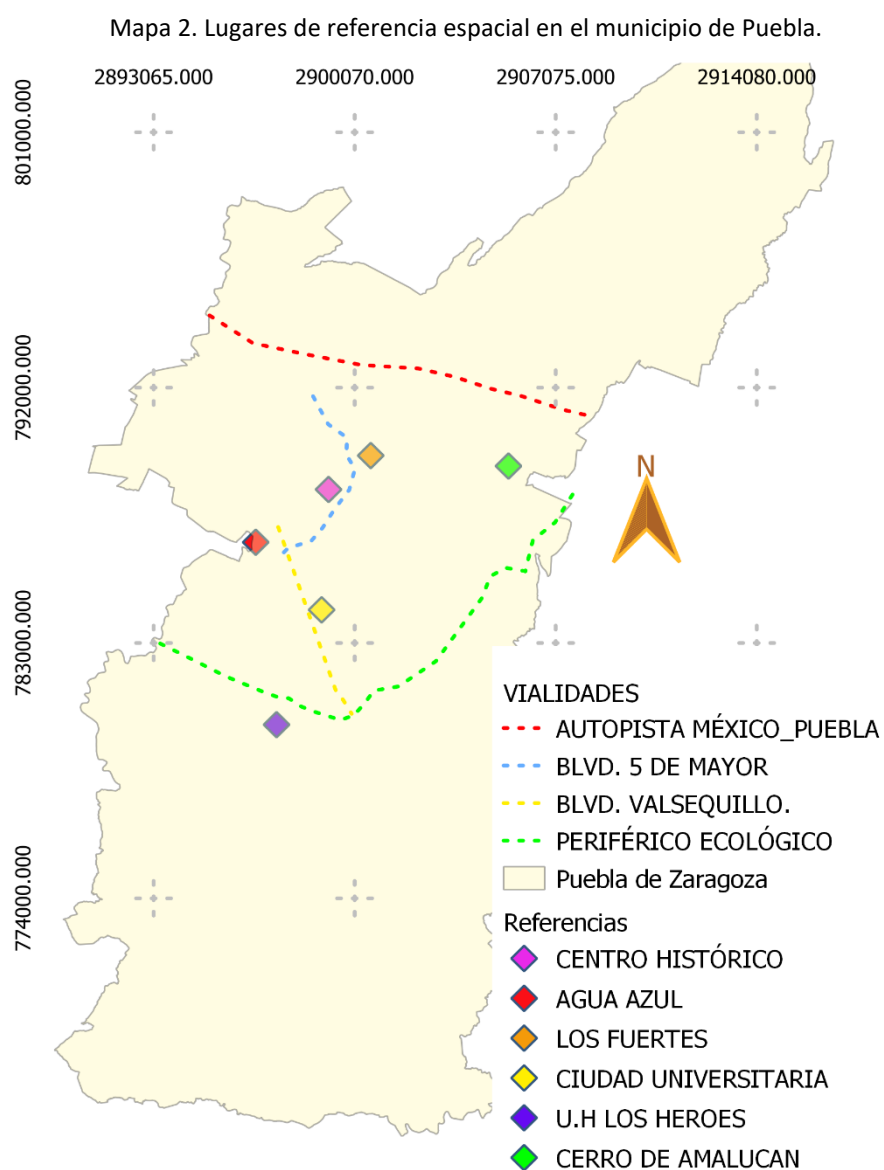
- a) Dentro de la página de INEGI nos dirigimos al apartado programas de información, luego al apartado Censos y conteos, donde se encuentra el apartado de los microdatos. Se descarga el archivo CSV de personas y viviendas.
- b) Cuando se tiene la base de datos se filtran únicamente los pertenecientes a Puebla de Zaragoza y se seleccionan los de interés: *mayores de 60 años y el apartado de discapacidad*.
- c) Una vez creada la tabla de datos, se fusiona en el marco geoestadístico gracias a las claves AGEB y se comienza a realizar los mapas temáticos utilizando herramientas incluidas en el software como categoría de color, cambio de simbología nombre, ordenar por rupturas naturales, etc.
- d) En cuanto al índice de marginación, la base de datos fue descargada del sitio del Consejo Nacional de Población CONAPO disponible en la siguiente liga: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/indices-de-marginacion-2020-284372> y se repitieron los pasos b y c rescatando

únicamente los datos pertenecientes al grado de marginación por AGEBs de Puebla de Zaragoza.

Nota: Cabe destacar que cuando se observaban las bases de datos disponibles a nivel público se contempló la posibilidad de que el instrumento del Censo de Vivienda y Población que contiene información de registros individuales y de poder acceder a ellos podría hacerse una aproximación más cercana a las características verdaderas d ellos individuos dependientes de cuidado, pues podría cruzarse información sobre si alguna persona tiene más de una limitación funcional o discapacidad, además de observar si, en efecto en este siglo la mayor presencia de discapacidad la presentan los adultos mayores, por lo que se escribió al Laboratorio de microdatos de INEGI para solicitar la información a ese nivel de desagregación personal, sin embargo la solicitud fue rechazada de manera casi inmediata pues se considera que eso podría violar los términos de confidencialidad, por lo que este trabajo presenta los datos únicamente a nivel AGEB y sin características sumatorias.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS, ANÁLISIS Y ALGUNAS NOTAS SOBRE LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO EN PUEBLA MUNICIPAL.

Después de conocer el proceso de selección de datos y creación de mapas, en este capítulo se presentan los resultados de estos y algunas observaciones basadas en estudios previos sobre la discapacidad y la periferia, la segregación urbana y la segregación de la vejez en las grandes metrópolis. Hay que recordar que el capítulo uno estuvo dedicado a satisfacer el primero objetivo de este trabajo, sobre repensar el significado de los cuidados a largo plazo e identificar los elementos que interactúan dentro de este concepto y que en el capítulo 3 se trabajó en el segundo objetivo; Explorar las aproximaciones analíticas para identificar a los dependientes de cuidado a largo plazo en el municipio de Puebla, por lo que en este capítulo se trabajará en el tercer y último objetivo específico sobre llevar a cabo un análisis geográfico



Elaboración propia con base en Marco geoestadístico INEGI 2020 y Google Labels.

de la situación de cuidados a largo plazo a nivel AGEBS.

Para iniciar la narrativa es importante ubicar algunos puntos de referencia importantes en el mapa de Puebla. En este sentido el MAPA 2 muestra 6 puntos de fácil ubicación en el municipio marcados con rombos. El rombo de color Fucsia representa el centro histórico de la ciudad, el rombo naranja los Fuertes de Loreto o cerro de loreto, el rombo verde el cerro de Amalucan, el rombo rojo el balneario Prados Azul, el rombo amarillo el campus de ciudad universitaria y el morado la unidad habitacional los Héroe. Además de ello se colocaron 4 de las vialidades rápidas que delimitan y comunican la ciudad, la autopista México Puebla en color rojo, el anillo periférico en color verde, el Boulevard Valsequillo en color amarillo y el boulevard 5 de mayo en color azul.

4.1 SOBRE LAS NECESIDADES INSTAURADAS.

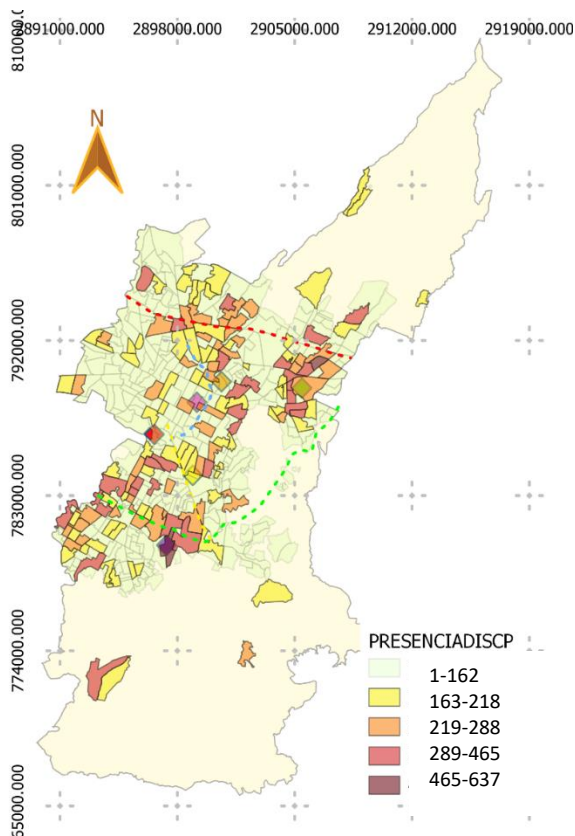
Los primeros datos estadísticos mapeados que se encuentran en los tabulados libres de la página del Censo de Población y Vivienda como *PCON_DISC* corresponden a las personas que realizan con mucha dificultad o no pueden hacer al menos una de las siguientes actividades: ver, aun usando lentes; oír aun usando aparato auditivo; caminar, subir o bajar; recordar o concentrarse; bañarse, vestirse o comer; hablar o comunicarse, sumando un total de 65,561 personas. Los datos fueron clasificados utilizando la herramienta de rupturas naturales o de cortes naturales (Jenks), las cuáles se crean de manera que los valores similares se agrupan mejor y se maximizan las diferencias entre clases. Las entidades se dividen en clases cuyos límites quedan establecidos dónde hay diferencias considerables entre los valores de los datos.

En el mapa 3, las AGEBs coloreadas en verde albergan entre 1-162 personas con alguna discapacidad, las amarillas de 163 a 218, las naranjas de 219 a 288, el rojo escarlata de 289 a 465 y finalmente las de color guinda de 466-637. Si tomamos en cuenta únicamente las AGEBs marcadas en color guinda y rojo escarlata. Podemos decir entonces que 32 de las 497 registradas en el marco geoestadístico contienen al 17.76% de las personas con discapacidad o, dicho de otra manera, el 6.83% de las AGEBs alberga al 17.76% de las personas con discapacidad, la relación es 1:2.6. Si tomásemos el 10% de las AGEBs con mayor incidencia de esta problemática resultaría una aglomeración del 21.8% del total de personas con alguna discapacidad, por tanto, la proporción se reduce 1:2.1; sin embargo,

debemos recordar que dentro de los atributos considerados como factor de riesgo para necesitar cuidados no entra la discapacidad denominada como lenguaje que incluye comunicarse, entender o hacerse entender por otros, por lo cual, se decidió mapear cada uno de los atributos por separado.

Los datos muestran que la discapacidad más común es la motora, con 29,933 personas que tienen mucha dificultad o no pueden caminar, subir o bajar; es decir el 45.6% de total de personas con alguna discapacidad. En el mapa 4, se muestra la localización de estas personas a nivel AGEB. A simple vista puede decirse que casi todas las AGEBS albergan entre 1 y 61 personas con alguna discapacidad motora y podemos verlas estas unidades coloreadas en color verde, seguido de las AGEBS que cuentan con 62-100 personas con este padecimiento y finalmente en colores naranja y rojo escarlata vemos las AGEBS con 101-163 y 164-268 individuos con esta condición respectivamente reportando que un 7% de las personas con esta condición se aglomeran en el 2% de las AGEBS. Este dato sería importante a la hora de tomar decisiones sobre la colocación de infraestructura que permita mayor accesibilidad peatonal y transporte especializado, pues según estos datos se beneficiaría más de 1/3 de esta población con esta condición. Para estandarizar el referente tomamos en cuenta el 10% de AGEBS mayormente afectado y este concentra al 24.8% de la población con esta condición, es decir, la relación es de 1:2.4. Si tomásemos en cuenta únicamente las AGEBS que tienen más de 100 personas con esta discapacidad podemos decir que el 34.3% de las personas con esta condición se encuentran albergadas en el 15% de las AGEBS y que el padecimiento se agudiza en las 10 AGEBS que se muestran en color rojo.

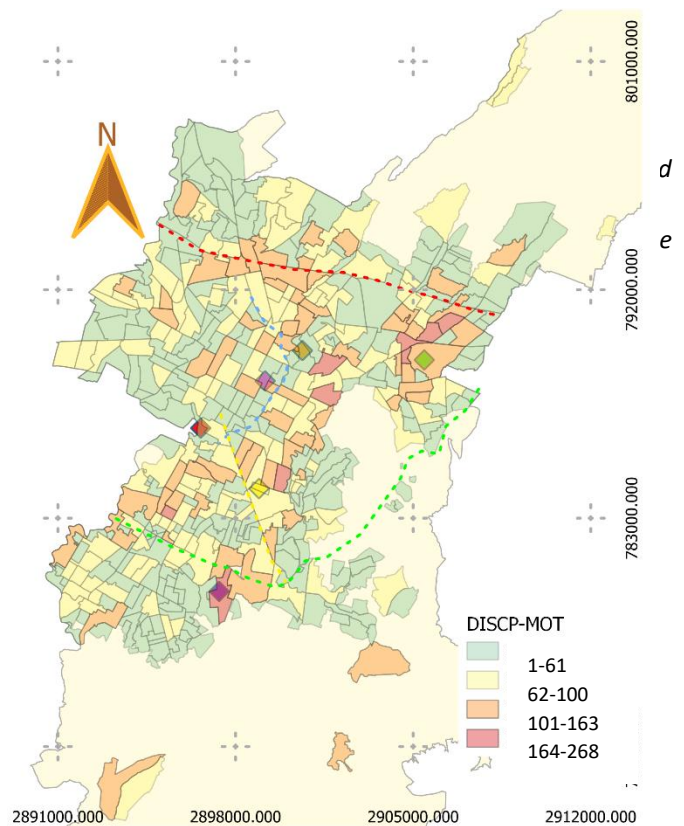
Continuando con el análisis la siguiente discapacidad en cuanto a porcentaje de personas que la padecen es la visual, sumando un total de 29,108 personas que tienen mucha dificultad o no pueden ver, aun cuando usen lentes. Esta discapacidad representa un 44.4% del total de personas con alguna discapacidad dentro de la ciudad. En el mapa 5, se muestra la localización de estas personas a nivel AGEB. Esta vez se observa también que casi todas las AGEBS tienen entre 1-100 personas con discapacidad visual, sin embargo, observamos una focalización un poco mayor, ya que el 32.3% del total de las personas con este padecimiento se focalizan en el 14.2 % de las AGEBS o dicho de otro modo el 32.3% de las personas con discapacidad visual se concentran en 80 de las 497 AGEBS registradas, de las



Mapa 3. AGEs con presencia de discapacidad .

Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020.

Mapa 4. AGEs con presencia de discapacidad motora (caminar, subir o bajar escaleras).



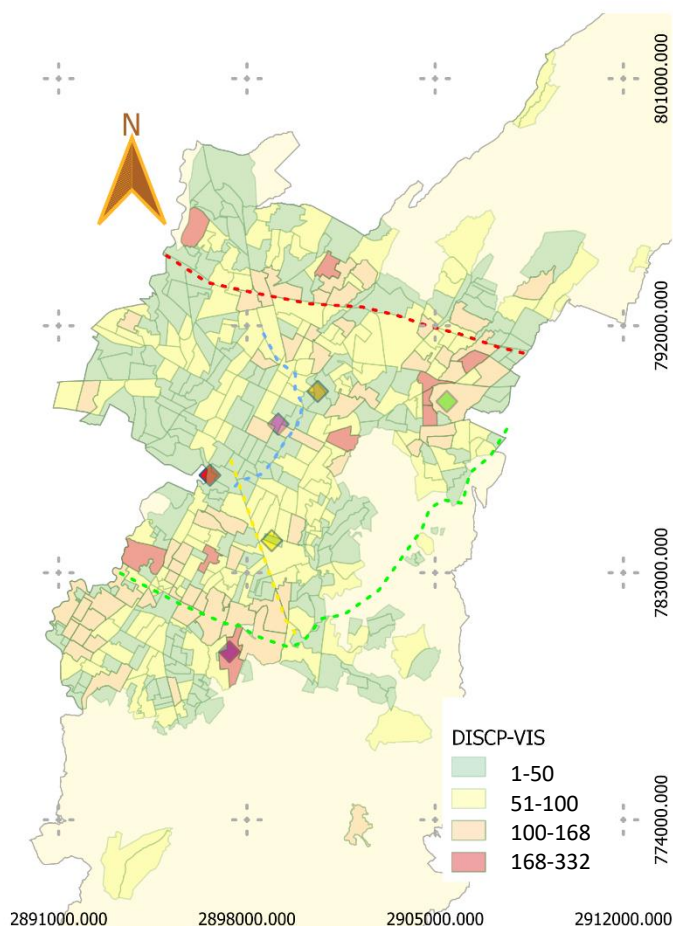
Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020.

cuáles 2% concentrando el 7.19% del total de personas con esta condición, es decir, la relación es 1:3.5. Tomando en cuenta únicamente el 10% de AGEBs más afectadas, se sabe que albergan al 21.97% de personas con este padecimiento. La relación es de 1:2.2

En tercer lugar porcentual de personas con discapacidad se encuentra la discapacidad auditiva que considera a personas que tienen mucha dificultad o no pueden oír, aun usando aparato auditivo con un total de 15,889 personas, lo cual indica que el 24.2% de las personas con discapacidad la padece. El mapa 6 nuevamente muestra que la mayor parte de las AGEBs cuenta con entre 1-34 (verde) y 35-50 personas con esta condición (amarillo). Aunque esta vez se colorearon 80 AGEBs que albergan entre 51-85 individuos con discapacidad auditiva y un poco más de una decena de AGEBs con 86-158 personas con este padecimiento. En términos porcentuales, esos últimos 91 AGEBs corresponden 18.3% del total de AGEBs y albergan al 39.7% del total de las personas con esta discapacidad, específicamente los marcados en color rojo representan el 2.2% del total de AGEBs y concentran únicamente al 8.2% del total de personas con esta discapacidad. Tomando el 10% de las AGEBs más afectadas encontramos una concentración de la problemática del 24.55%, es decir, la relación se reduce a 1:2.4

La penúltima discapacidad que se analizará en este trabajo es la encontrada en el censo como *DISCP_MOT2* que en este trabajo manejaremos como *discapacidad esencial*, ya que según el

Mapa 5. AGEBs con presencia de discapacidad visual.

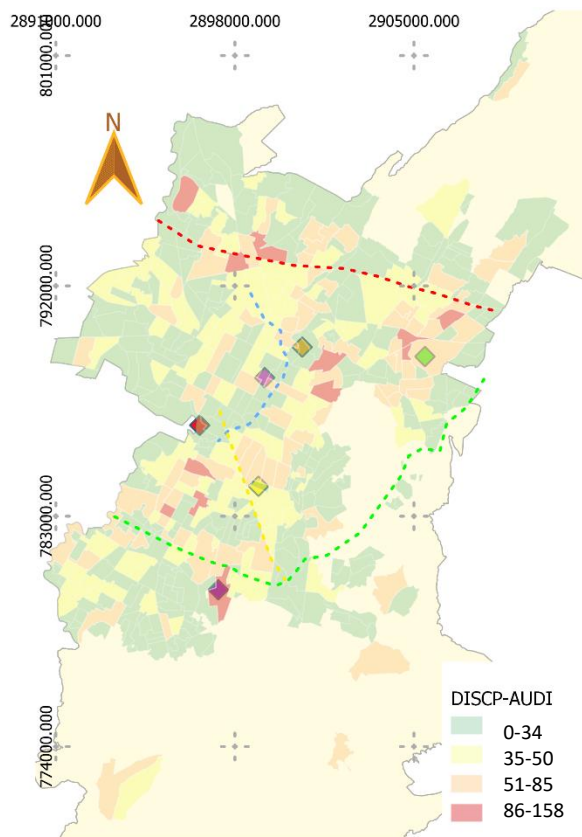


Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020.

instrumento *Índice de Katz* las habilidades tomadas en cuenta en este apartado son las más esenciales para mantener la vida y no tenerlas supone un grado alto de dependencia y una alta tasa de mortalidad (Katz, 1963; Trigas, 2008; INGER, 2020). El mapa 7 ilustra a la población que tiene mucha dificultad o no puede vestirse, bañarse o comer sumando un total de 12,518 personas lo que quiere decir que un 19% de total de personas con discapacidad presenta esta característica. *Casi un quinto de personas con discapacidad en la ciudad de Puebla tiene un alto grado de dependencia*, eso sin contar que puede que muchas de estas personas presenten características de discapacidad sumatorias, es decir que además de esta presenten alguna otra, sin embargo eso sólo puede saberse con los tabulados individuales, que como se mencionó con anterioridad no fueron conseguidos.

En este mapa podemos observar presencia de discapacidad esencial en básicamente todo el territorio capitalino, el cual se colorea en tonos rosas pastel y rosa salmón con 1-26 y 27-50 personas por AGEB respectivamente, mientras que los que albergan a más de 50 hasta 62 personas en esta condición se colorean de color rojo escarlata y los de 62-100 personas en esta condición se colorean de color guinda. En términos porcentuales estas últimas clasificaciones representan el 9.6% del total de AGEBs (48) y concentran el 24.6% del total de personas con esta condición, es decir, la relación es 1:2.5. Específicamente aquellos que tienen más de 62 personas con discapacidad esencial son 18 AGEBs, el 3.6% de AGEBs totales y albergan el 11.4 % de estas personas, la relación es de 1:3.2. Si tomásemos en cuenta el 10% de AGEBs más asediadas por esta condición podemos decir que albergan a 24.6% de las personas con esta condición, teniendo una relación de 1:2.4.

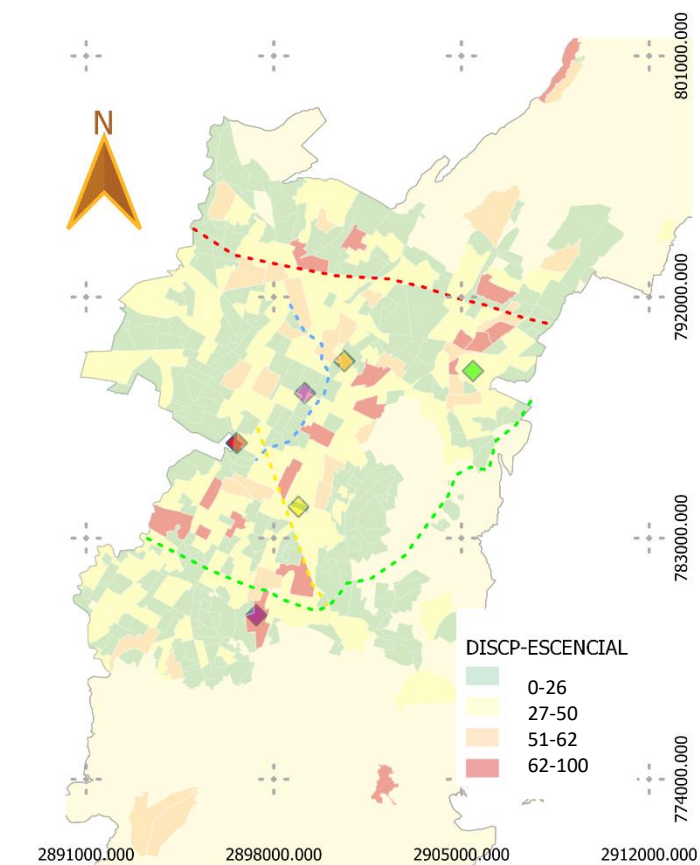
La última de las categorías consideradas como discapacitante por el INEGI es nombrada condición mental y engloba a todas aquellas personas que tienen mucha dificultad o no pueden concentrarse o recordar. El total de personas con esta condición es de 12,393 personas, equivalente al 18.9% de las personas en esta categoría. En este trabajo de tesis esta categoría se manejará como discapacidad cognoscitiva, para no confundirla con lo que en el cuestionario del CENSO se entiende como condición mental, aunque se reconoce que muchas condiciones mentales como el Alzheimer y la demencia inician con estos síntomas (Mahieux, 2005). Hablando específicamente de problemas de concentración hay estudios que señalan que sobre todo la población joven o con altos niveles de estrés, falta de sueño o falta de sueño



Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020.

Mapa 6. AGEBs con presencia de discapacidad auditiva.

Mapa 7. AGEBs con presencia de discapacidad esencial (vestirse, bañarse, comer).



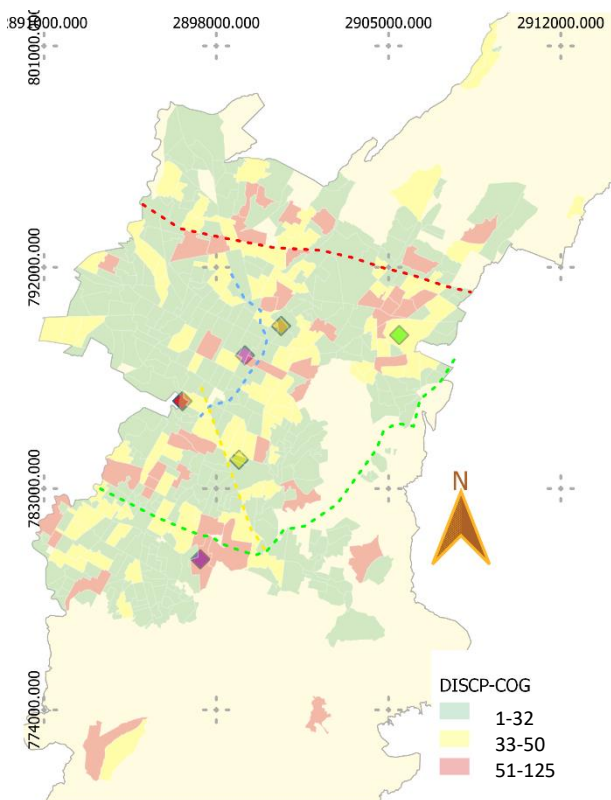
Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020.

reparador puede tener episodios de lagunas mentales que inician con pequeños olvidos y se van convirtiendo en problemas más grandes y/o graves de no ser atendidos a tiempo (Jimenez y Sanglier, 2021; Lindblad, 2011).

Pasando a la descripción, en el mapa 8 podemos observar que esta vez la división por estratos ha sido únicamente de tres, coloreándose de verde aquellos que cuenta con entre 1-32 personas con esta condición, seguido por el color amarillo con 33-50 personas y culminando con el color rojo que albergan entre 51-125 personas con esta condición cada uno. Así, el 23.6% de personas con este padecimiento se concentran en 43 AGEBs o el 8.7% del total de las AGEBs, es decir, la relación es 1:2.7. Tomando en cuenta el 10% de los AGEBs más afectados con esta discapacidad podemos decir que concentran al 25.9% de la población total con esta condición resultando en una relación de 1:2.5.

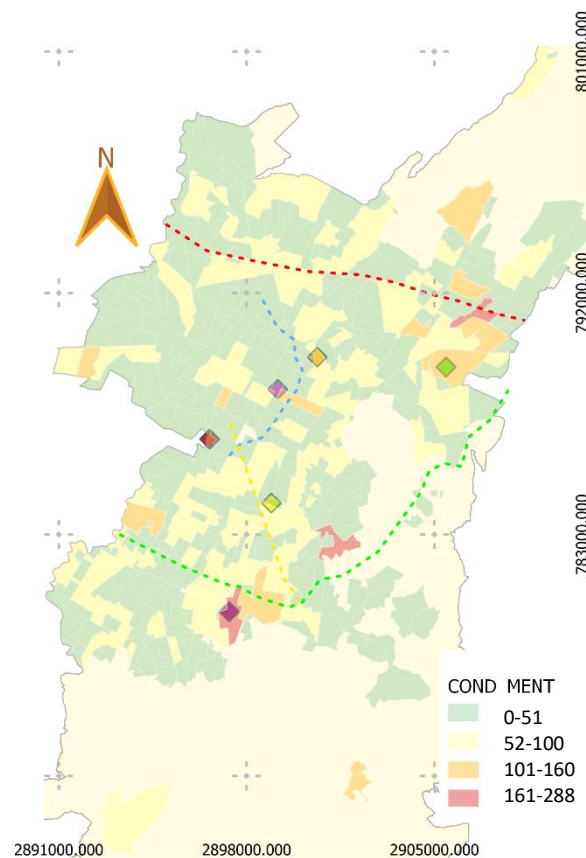
Por último, aunque en los resultados del CENSO contar con alguna condición mental se categoriza como una limitación más que como una discapacidad, debido a que la OPS lo considera como factor de análisis como riesgo o necesidad de CLP como lo vemos en el Cuadro 5, en este apartado lo colocaremos como último indicador de necesidad de cuidados. Se consideran a todas aquellas personas con algún problema o condición mental, como las relacionadas con el trastorno de la conciencia, retraso mental y las alteraciones de la conducta del individuo con otras personas en su dificultad o no poder hacerlas o las hace con poca dificultad. Cuenta con un registro de 19,658 personas En el mapa 9 observamos que para esta condición si hay un alto grado de focalización, pues la mayor parte del mapa se colorea de color verde y amarillo contando con 0-51 y 52-100 personas con esta condición, y sólo hay 15 AGEBs que tienen más de 100 personas con alguna condición mental. Esto quiere decir que el 3% de las AGEBs concentran el 12% de las personas con alguna condición mental, es decir la relación focalizada más grande de la discapacidad con un 1:4. Tomando en cuenta el 10% de AGEBs con más personas en esta condición el porcentaje de aglomeración es de 23.54%, es decir que la relación se reduce a 1:2.3.

Es importante destacar tres situaciones. La primera es que la única condición que no se engloba dentro de las personas con alguna discapacidad es la condición mentales; la segunda que dentro del conjunto de las discapacidades consideradas en el cuestionario del Censo de Población y Vivienda 2020 en esta tesis no se toma en cuenta el lenguaje como



Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020

Mapa 9. AGEs con presencia problemas o condición mental (conciencia, retraso mental o alteraciones en la conducta).



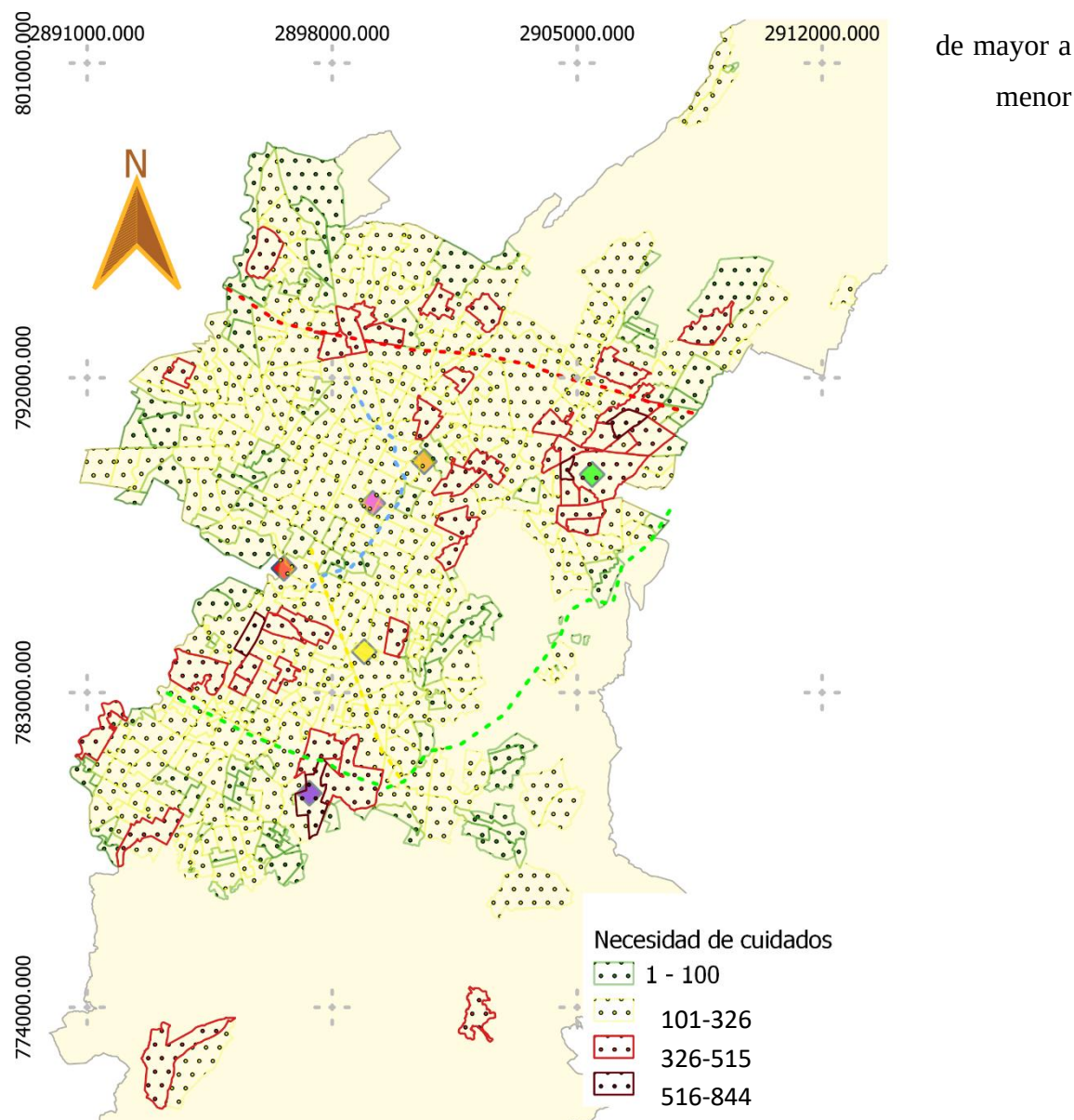
88 Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020.

factor de riesgo para necesitar cuidados a largo plazo, por lo cual no se mapeo y la tercera que al observar el comportamiento de los datos sobresale el hecho de que la suma del total de individuos con cada una de las discapacidades enlistadas es de 99,841 personas, mientras que la del apartado personas con alguna discapacidad es de 65,561, por lo cual se deduce que hay personas con más de una de estas características. Así, para obtener el número de personas con *probable necesidad de cuidados a largo plazo* se sumaron los datos de las personas con alguna discapacidad más las que tienen algún problema mental, considerando que son ellas quienes han sufrido alguna pérdida de la capacidad intrínseca y coinciden con la definición de personas con necesidades de cuidados a largo plazo, sin embargo, no hay que olvidar que éstas fueron autopercepciones y éstas deberían ser valoradas por profesionales o personal entrenado. Estos resultados fueron esbozados en el mapa 10 como un aproximado de las personas con probables necesidades de cuidados a largo plazo auto reportadas no olvidando las limitaciones previamente mencionadas.

A grandes rasgos se puede observar que la mayor concentración de pérdidas de la capacidad intrínseca se aglomera en tres puntos específicos cercanos a la unidad habitacional los Héroes, la colonia Bosques de Amalucan y al rededor, la colonia resurgimiento, los arcos-tres cerritos y alrededores, existen algunos otros puntos con alta concentración de personas con pérdida de la capacidad intrínseca en las juntas auxiliares de San Andrés Azumiatla, San Baltazar Tetela y San Felipe Hueyotlipan, Ignacio Romero Vargas, San Pablo Xochimihuacán; así como en peridundantes a los barrios de las Luz, Analco y las colonias Agua Santa, San Isidro Castillotla, Ángeles del Sur, Lomas de San Ramón, Lomas de Atoyac, Granjas Puebla, Popular Emiliano Zapata, Granjas del sur, bugambilias, Jardines de San Manuel, Plaza Loreto, Villa Frontera, Vista del Valle.

En general puede decirse que las mayores concentraciones de pérdida autoreportada de la capacidad intrínseca se encuentran en la periferia o en zonas de la ciudad que son reconocidas por albergar a adultos mayores con una posición económica estable, aunque también vale la pena analizar otras variables para conocer si existe la probabilidad de que estas aglomeraciones sucedan debido a que en esos AGEBS existe también una basta concentración poblacional, así, el siguiente paso del análisis fue ordenar las bases de datos

Mapa 10. AGEBs con alta probabilidad de necesidad de cuidados a largo plazo (Condición mental y/o discapacidad, excepto de lenguaje).



Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020.

concentración poblacional con cada una de las características mencionadas. Se utilizaron los colores descritos en los mapas individuales de personas con discapacidad y personas con alguna condición mental (naranja, rojo escarlata y guinda). Así mismo se coloraron las 50 AGEBs con mayor concentración de los datos *total de población*, *población de 60 años y más* y *población con necesidad de cuidados* (10% del total de AGEBs urbanas en la ciudad de Puebla con mayor concentración de personas con necesidad según la suma de personas con discapacidad

más personas con problema o condición mental) de color rojo, naranja, amarillo y verde utilizando la herramienta de rupturas naturales.

Para empezar, en cuanto a la población total *POBTOT* se observó que en efecto, 62% de las AGEBs que presentan mayor concentración de personas con pérdida auto reportada de la capacidad intrínseca *PER_CAP_INT*, concuerdan con aquellas AGEBs más pobladas, sin embargo existen 19% de las AGEBs que no son las más pobladas, pero que si tienen un grado alto de pérdida de la vista, especialmente dos AGEBs que tienen una alta presencia de adultxs mayores, sin embargo no presentan alta demanda de cuidados. En el siguiente apartado de este capítulo cruzaremos algunos datos que pueden ayudarnos a saber si el factor socioeconómico puede tener una influencia en dicho fenómeno.

En siguiente elemento analizado que es el apartado que muestra las personas con discapacidad por AGEB, 98% de las enlistadas aparecen en números rojos o naranjas, lo cual quiere decir que ese porcentaje de AGEBs de personas con al menos una discapacidad concuerda con la general de pérdidas autoreportadas de la capacidad intrínseca, pero llama la atención el AGEB con el número *2111400013722* que engloba parte de las colonias Rivera de Santiago, Infonavit 12 de mayo y Villa la Noria, debido a que podemos notar que en dicha AGEB las discapacidades más comunes como la visual y la motora no aparecen en números rojos, sin embargo, sí tienen número importantes de discapacidad auditiva, problemas mentales y cognitivos, lo cual podría ser un indicio y confirmación de lo que afirma la OPS, (2020) sobre que las personas con pérdida auditiva tienen más posibilidades de desarrollar demencias o trastornos mentales.

En cuanto a la discapacidad motora (caminar, subir y bajar), puede notarse que el 90% de ellas coinciden con los AGEBs con pérdida de la capacidad intrínseca y un 10% no lo hacen. De ese 10% resalta el AGEB *211140001403A* donde se encuentra la colonia la Joya por presentar características similares al mencionado en el párrafo anterior, es decir, no es de los que tiene una gran conglomeración de personas con discapacidad motriz, esencial o visual, pero si auditiva, mental y cognitiva y la gran cantidad de estas necesidades lo ubica en el puesto número 3 de los AGEBs con mayor necesidad de cuidados. Algo que resalta de este AGEB es que en ese lugar se encuentran el Centro de Reinserción Social de Puebla y el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Puebla (CREE) y un hospital para personas

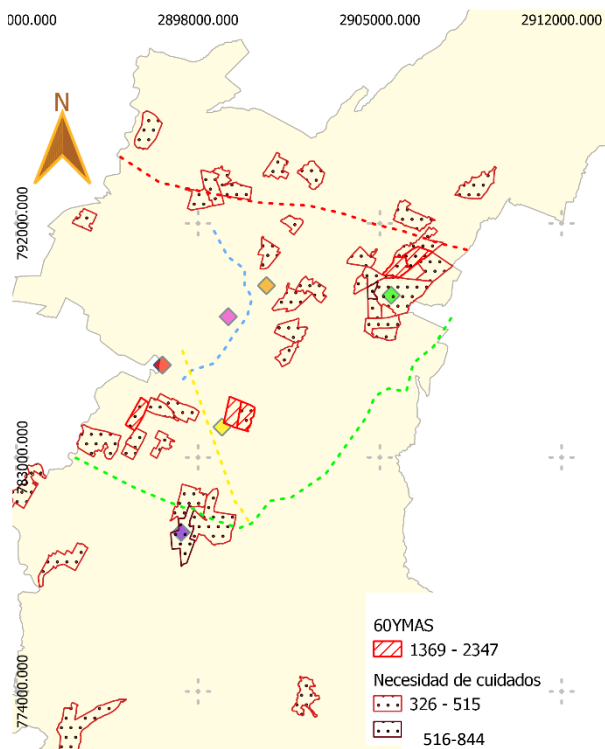
con problemas mentales., dónde se ofrece servicios médicos, psicológicos trabajos sociales y diferentes tipos de terapias. Otra de las preguntas que surgen a raíz de esta investigación es si la cercanía a estos centros tiene alguna relación con la salud mental o simplemente se ve aumentado por contar con pacientes internados debido a sus condiciones. El mapa 11C ilustra este AGEB.

Hablando de discapacidad visual y auditiva notamos que el 88% y el 96% de las AGEBs más conglomeradas con estas condiciones concuerdan con las AGEBs con mayor pérdida de la capacidad intrínseca. Finalmente, la discapacidad esencial y cognitiva tienen una concordancia del 66% y 70% respectivamente. La única condición que no concuerda con tener las mayores aglomeraciones de personas con alguna pérdida de la capacidad intrínseca auto reportada y posible necesidad de cuidados es la mental, pues el porcentaje de concordancia es de apenas el 32%. Esto muy probablemente se deba a que son pocos los AGEB que cuentan con más de 100 personas con personas con esta condición. El mapa 11B nos muestra aquellos AGEBs que concuerdan.

Cabe mencionar que en el análisis realizado solo se utilizó la información del 10% de las AGEBs urbanas totales de la ciudad de Puebla con mayor pérdida de la capacidad intrínseca auto reportada, es decir, 49 de las 497 AGEBs totales, las cuáles albergan a 20,403 personas con potenciales necesidad de cuidados, esto es un 23.9% del total de la demanda, la relación es de 1:2.3. Esto quiere decir que un 10% de las AGEBs albergan casi un cuarto del total de las necesidades urgentes de CLP.

De este 10%, 6 AGEBs o el 1.2% de las AGEBs albergan 4.4% de las necesidades de cuidados, lo que equivale a 3,762 personas, es decir en estos AGEBs la relación aumenta a 1:4.4. Si tomásemos el 20% de las AGEBs con mayor concentración de posible demanda de CLP, nos daríamos cuenta de que albergan al 41.2% del total de personas con estas necesidades, así que puede decirse que en efecto, la ciudad de Puebla cuenta con demanda de cuidados a largo plazo focalizadas en determinadas zonas geográficas.

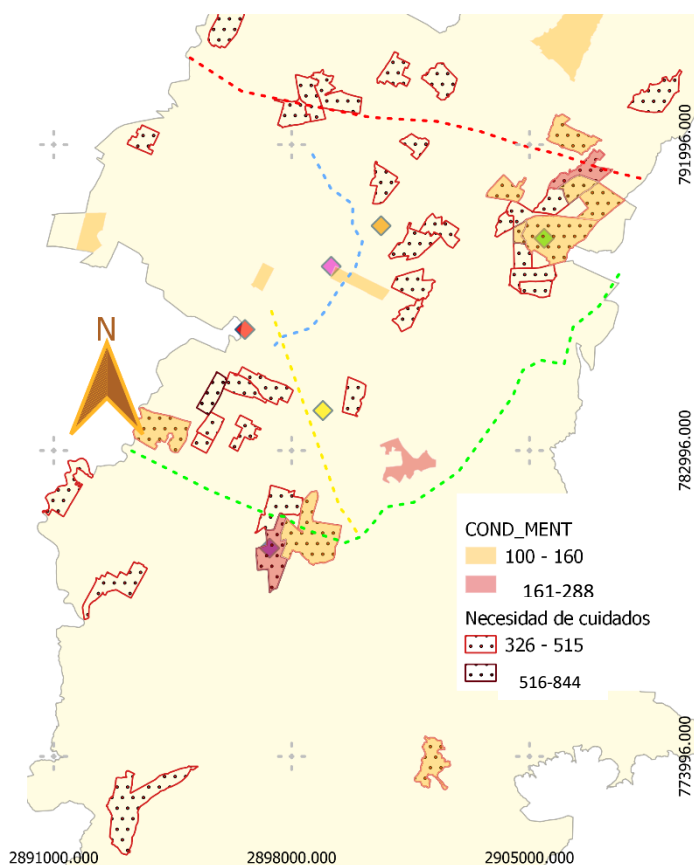
A modo de resumen se presenta el cuadro 6 con una recopilación del porcentaje de AGEBs con mayores personas con distintas situaciones mental o de discapacidad y la relación que guardan, así como una columna con el porcentaje de personas en estas condiciones que se



Mapa 11A. AGEBS con coincidencia de alta probabilidad de necesidad de cuidados a largo plazo (Condición mental y/o discapacidad, excepto de lenguaje) y gran concentración de adultos mayores de 60 años.

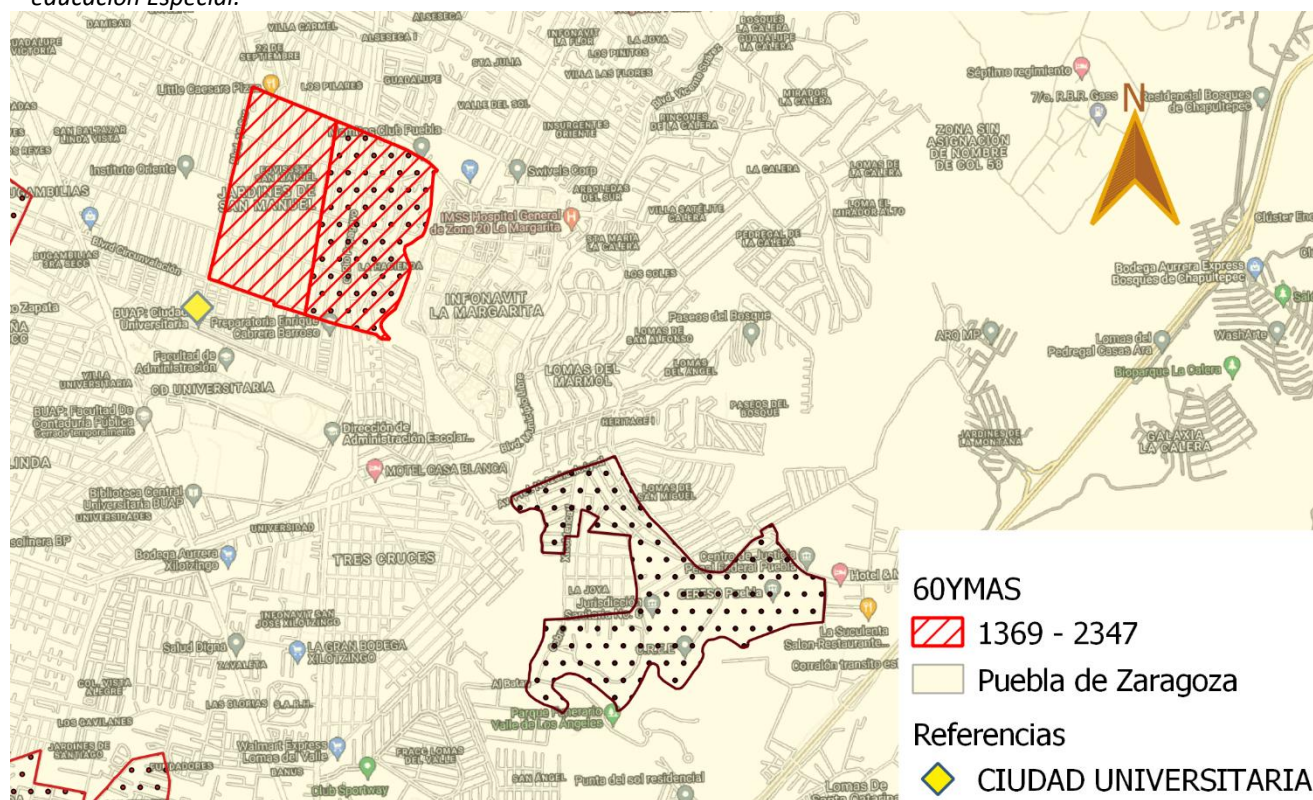
Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020.

Mapa 11B. AGEBS con coincidencia de alta probabilidad de necesidad de cuidados a largo plazo (Condición mental y/o discapacidad, excepto de lenguaje) y gran concentración de personas con alguna condición o problema mental.



Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020.

Mapa 11C. AGEBs con baja incidencia de discapacidad motora, visual o esencial, pero alta incidencia de condición mental, discapacidad cognitiva y la ubicación del Centro de reinserción social del estado y Centro de rehabilitación y educación Especial.



Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020.

aglomeran en el 10% de las AGEBs con mayor concentración de las mismas así como su relación.

Por último, en este apartado se retoma parte de lo mencionado en el contexto de la ciudad Puebla con el fin de aclarar algunos aspectos acerca de la oferta de cuidados. Para empezar se rescata que existe una empresa declarada como prestadora de servicios para adultxs mayores y acompañantes y que anuncia abiertamente servicios de cuidados de higiene personal, relevo a familiares y cuidadores, adecuación al espacio vital, compras y diligencias y compañía agradable de manera domiciliar o vía remota y se incluyen servicios especializados en salud como enfermería, fisioterapia y medicina y básicos como alimentación, aseo personal etc.

Cuadro 6: concentrado de % agudización de aglomeración por tipo de discapacidad y condición mental.

TIPO DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD INTRÍNSECA AUTOREPORTADA.	% DE AGEBS CON PROBLEMÁTICA AGUDIZADA (SEGÚN RUPTURAS NATURALES)	% DEL TOTAL DE PERSONAS EN ESA CONDICIÓN QUE AGLOMERAN	RELACIÓN % DE AGEBS CON PROBLEMÁTICA AGUDIZADA/ % DE PERSONAS AGLOMERADAS.	% DE PERSONAS CON PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD INTRÍNSECA N QUE AGLOMERAN EL 10% DE LAS AGEBS MÁS AFECTADA POR DICHA CONDICIÓN.	RELACIÓN 10& DE AGEBS CON PROBLEMÁTICA AGUDIZADA/ % DE PERSONAS AGLOMERADAS.
POBLACIÓN CON AL MENOS UNA DISCAPACIDAD	6.83%	17.76%	1:2.6	21.8%	1:2.1
MOTORA (DIFICULTAD O INCAPACIDAD DE CAMINAR, SUBIR O BAJAR)	2%	7%	2:3.5	24.8%	1:2.4
VISUAL (VER AÚN CON LENTES)	2%	7.19%	2:3.5	21.97%	1:2.1
AUDITIVA (OIR AÚN USANDO APARATO)	2.2%	8.2%	1:3.7	24.55%	1:2.4
ESNCIAL (BAÑARSE, VESTURSE, COMER)	3.6%	11.4%	1:3.2	24.6%	1:2.4
COGNITIVA (RECORDAR O CONCENTRARSE)	8.7%	23.6%	1:2.7	25.9%	1:2.5
CONDICIÓN MENTAL (ALZHEIMER Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA)	3%	12%	1:4%	23.54%	1:2.3

Elaboración propia con base en datos Censo de Población y Vivienda INEGI 2020 y clasificación por rupturas naturales en software QGIS 3.24

En cuanto a establecimientos se habló con anterioridad de que en Puebla no existen instancias a nivel público que se dediquen exclusivamente a prestar servicios de cuidados a largo plazo, pero si existe un listado de alojamientos de asistencia social. En esta tesis son de especial interés aquellos que son casa hogar para personas adultas mayores, Hospital psiquiátrico, centros o residencias para personas con trastornos o discapacidad mental u otra clase de albergue para población vulnerable. En los resultados publicados podemos notar que no contamos con sitios especiales para enfermos terminales o con enfermedades incurables, pero si contamos con al menos uno de los demás. Se contacto a INEGI para saber si podrían proporcionarse los datos de la ubicación de estos sitios a Nivel AGEb, pero la solicitud fue denegada, por tanto, para analizar este apartado se diseñó una tabla con contenido que aporta al análisis de ¿Quién cuida?, visto desde las aristas propuestas por el diamante del cuidado de Razavi (2007).

La tabla 1. muestra los alojamientos de asistencia social que existen en la ciudad. Cabe mencionar que aunque las categorías *hospital o residencia para personas con enfermedades incurables o terminales y albergue para familiares de personas hospitalizadas o que reciben en algún tratamiento médico* se contemplaron por ser necesidad directa de CLP y apoyo al cuidador, no fueron enlistadas debido a que la ciudad no se cuenta con ninguno. Otra acotación importante es que se incluyeron dos renglones con la suma de cada uno de los componentes de la tabla ya que el alojamiento *otra clase de albergue para población vulnerables* no especifica las características del tipo de persona a quienes ayuda, por lo cual se asume que podría ayudar a personas con alguna discapacidad. Se presentan esos datos en la tabla, pero no se grafica por no tener certeza.

Después de aglomerar dicha información en la tabla se proceden a hacer a gráficas para hacer algunas observaciones.

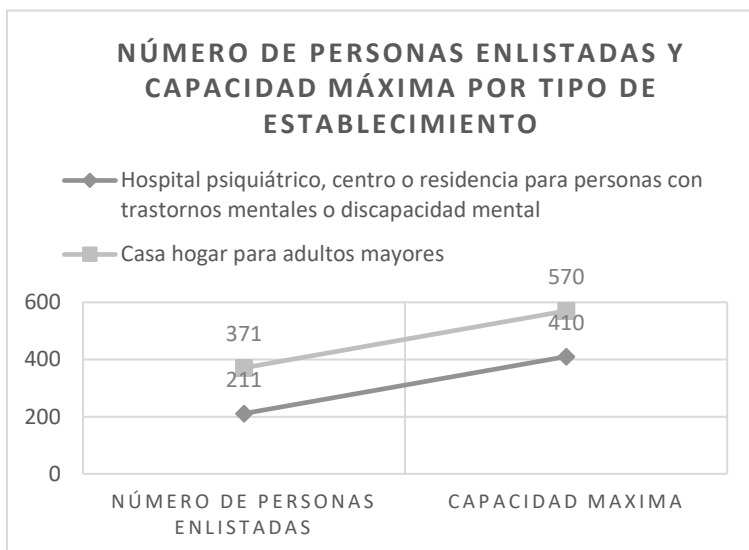
El gráfico 3 nos muestra la cantidad de usuarios declarados y la capacidad máxima en conjunto. En él podemos notar como los psiquiátricos podrían aumentar sus usuarios hasta un 94%, sin embargo, si los comparamos con las cifras de personas con algún problema o condición mental o discapacidad cognitiva, aún en su máxima capacidad sólo se cubriría al 1.2% de las personas con esta condición. Por otro lado, las casas hogar para atención de

CLASE ALOJAMIENTO	NÚMERO DE ALOJAMIENTOS	Usuarixs Beneficiadxs.		Figura jurídica							Número de Alojamientos que ofrecen los siguientes servicios												
		Número de personas enlistadas	Número de establecimientos que no especifican número de usuarios	Asociación Civil AC	Sociedad Civil SC	Religiosa	Institución privada	Asociación mercantil	Institución Pública	No especificada/ninguna de las anteriores	Alimentos	Vestido/calzado	Servicio médico	Medicamentos	Servicios Educativos	Talleres/ manualidades/oficios	Ejercicio o terapia física	Actividades recreativas	Apoyo jurídico	Terapias Grupales	Orientación religiosa	Apoyo psicológico	Transporte
Otra clase de albergue para población vulnerable	7	34	3	3		1	0	0	0	3	7	5	4	5	5	5	3	3	3	5	2		1
Hospital psiquiátrico, centro o residencia para personas con trastornos mentales o discapacidad mental	3	211	1	0	0	0	0	0	2	1	3	2	3	3	0	2	3	3	1	3	2	3	2
Casa hogar para adultos mayores	21	371	0	9	2	0	4	0	0	6	20	7	14	9	11	18	20	20	5	19	19	18	6
Albergues posibles CLP	31	616	4	12	2	1	4	0	2	10	30	14	21	17	16	25	26	26	9	27	23	21	9
Albergues CLP	24	582	1	9	2	0	4	0	2	7	23	9	17	12	11	20	23	23	6	22	21	21	8

Tabla 1. Alojamientos de asistencia social en la ciudad de Puebla de Zaragoza y sus características. Parte ½. Elaboración propia con base en resultados del Cuestionario de Alojamientos de Asistencia social INEGI 2020. Nota: el apartado albergues posibles CLP hace referencia a que debido a que no se especifica el tipo de perfil requerido para recibir ayuda en esos albergues se asume que también pueden prestar atención a estas personas.

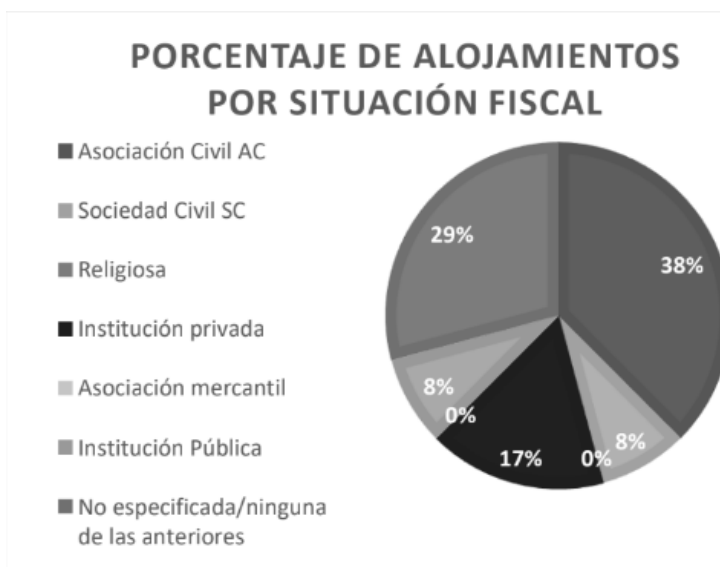
Recursos para sostenimiento									Inicio Actividad			Numero de establecimientos que cuentan con:		Total de persona que trabaja en estos establecimientos				Mobiliario	Albergues que cuentan con la siguiente infraestructura																Capacidad máxima
Colectas/Rifas	Cuotas propias o de familiares	Empresas o Fundaciones Nacionales	Donaciones particulares de personas independientes	Agrupaciones religiosas	Productos elaborados por las personas alojadas.	Gobierno	Organización internacional/ Gobierno internacional	Fideicomiso	1850-1950	1951-1970	1976-2000	2001-2010	2011 (...)	CLUNI	Reglamento escrito	Expedientes	Trabajadorxs	Establecimientos que no especifican	Voluntarios hombres	Voluntarias mujeres	Camas	Rampa Silla de ruedas	Alarma de emergencias	Botiquín	Vigilancia/seguridad	Cocina	comedor	Salones	Sala de convivencia	Consultorio médico/enfermería	Área Rehabilitación	Áreas verdes	Cancha	número total de Regaderas adaptadas a personas con discapacidad.	
3	3	2	3	2	2	1	0	0	2	0	0	0	0	2	6	4	22	3	10	17	133	2	2	7	2	7	7	4	5	3	1	3	1	4	212
0	1	0	1	0	0	3	0	2	0	2	0	1	0	1	3	3	327	0	2	10	164	3	1	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	35	410
1	15	4	6	3	1	1	0	1	1	1	4	4	11	10	19	20	165	3	94	118	527	17	15	19	13	20	20	11	18	13	15	14	2	132	570
4	19	6	10	5	3	5	0	3	3	3	4	5	11	13	28	27	514	6	106	145	824	22	18	29	18	30	30	17	25	19	19	19	5	171	1192
1	16	4	7	3	1	4	0	3	1	3	4	5	11	11	22	23	492	3	96	128	691	20	16	22	16	23	23	13	20	16	18	16	4	167	980

Tabla 1. Alojamientos de asistencia social en la ciudad de Puebla de Zaragoza y sus características. Parte 2/2. Elaboración propia con base en resultados del Cuestionario de Alojamientos de Asistencia social INEGI 2020.



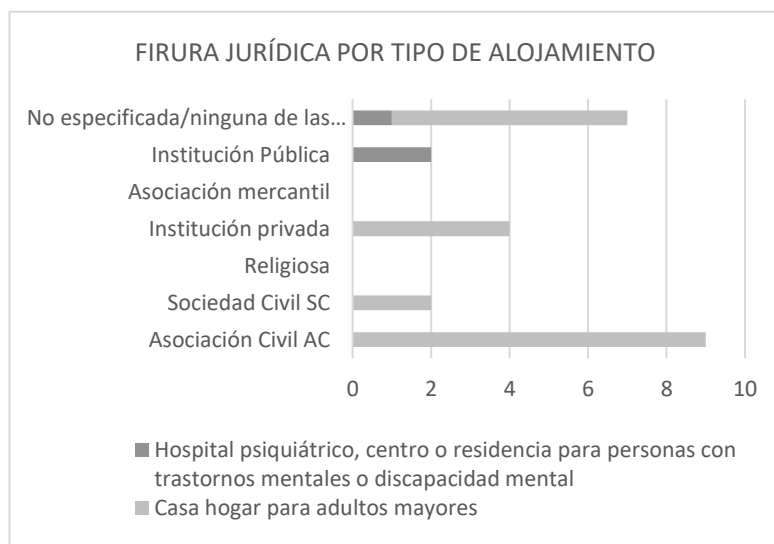
Gráfica 3. Número de personas enlistadas en alojamientos de asistencia social y capacidad máxima por tipo de establecimiento. Elaboración propia con base en CASS, 2020

adultxs mayores tienen una capacidad de expansión del 53.6%, sin embargo tomando en cuenta que el porcentaje de discapacidad en adultos mayores de 60 años en la ciudad fue de 22.5%, o 47,602 (CONEVAL,2020) personas aún en su capacidad máxima existiría un déficit de atención del 98.2%. Para conocer un poco más acerca de los alojamientos de asistencia social, el Gráfico 4 nos muestra el porcentaje de alojamientos de acuerdo con su situación fiscal. En general destaca la importante participación de las Asociaciones Civiles y las organizaciones de la sociedad civil, quienes en conjunto suman el 46% de las instituciones que brindan este tipo de servicios. Las instituciones privadas y las públicas presentan un empate en cuanto a número de establecimientos, mientras que las religiosas y sociedades mercantiles no representan ningún porcentaje. Existe un 29% de las instituciones que no especificó a que régimen fiscal pertenecen, lo cuál deja entrever que el Estado sigue teniendo problemas de regulación o de confianza a la hora de obtener los datos.



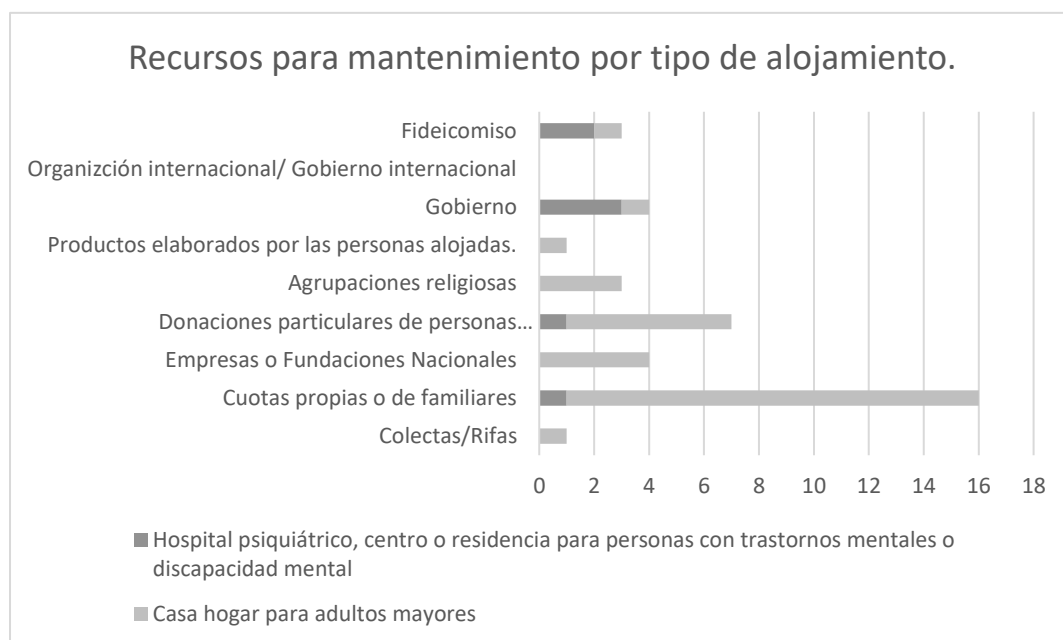
Gráfica 4. Porcentaje de alojamientos por situación fiscal. Elaboración propia con base en CASS, INEGI 2020

Ahora bien, si desglosamos (Gráfico 4.1) estos porcentajes nos daremos cuenta de que en realidad la mayoría de las instituciones de asistencia social van dirigidas a la atención de adultxs mayores. En este desglose llama la atención que las instituciones públicas únicamente brindan servicios de índole mental y no de asistencia adultxs mayores. Esta última está impulsada de



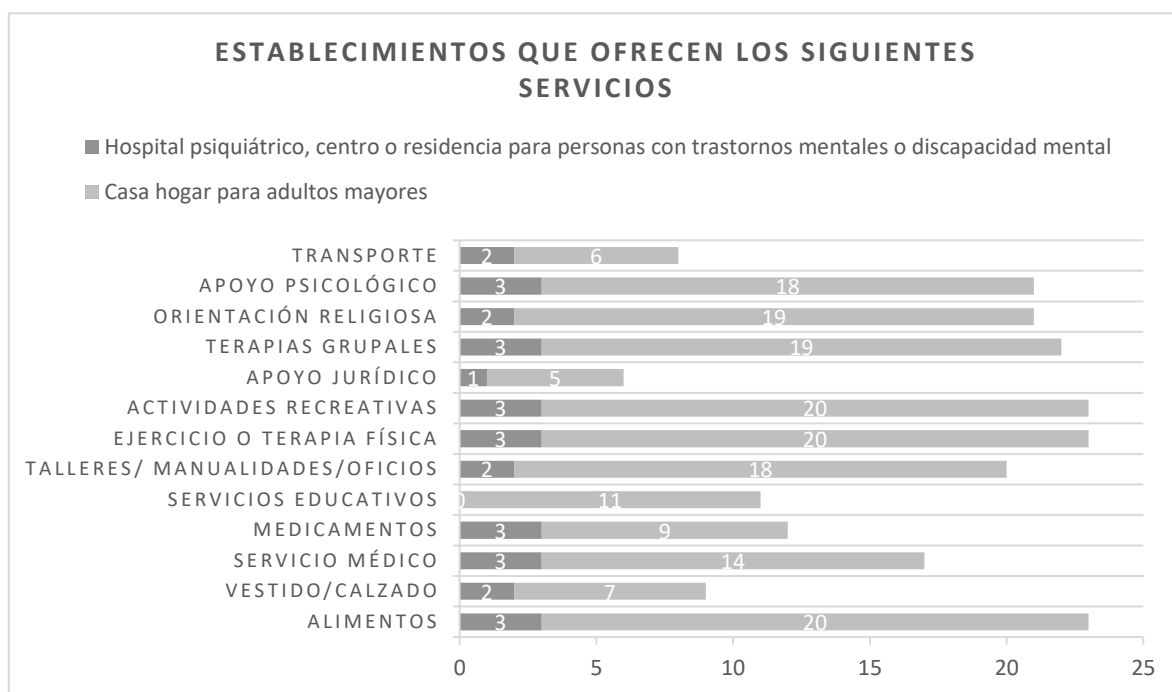
Gráfica 4.1 Figura jurídica por tipo de alojamiento. Elaboración propia con base en CASS, INEGI 2020

manera más importante por la sociedad civil y el mercado. Este comportamiento podría tener lógica bajo las reminiscencias culturales de los submodelos de discapacidad eugenésico y de marginación en el que se busca aislar a les diferentes por la asociación directa con la violencia o la falta de control (Palacios, 2008; Fernández, 2011; Plena Inclusión s/f).



Gráfica 5. Recursos para mantenimiento por tipo de alojamiento. Elaboración propia con base en CASS, INEGI 2020

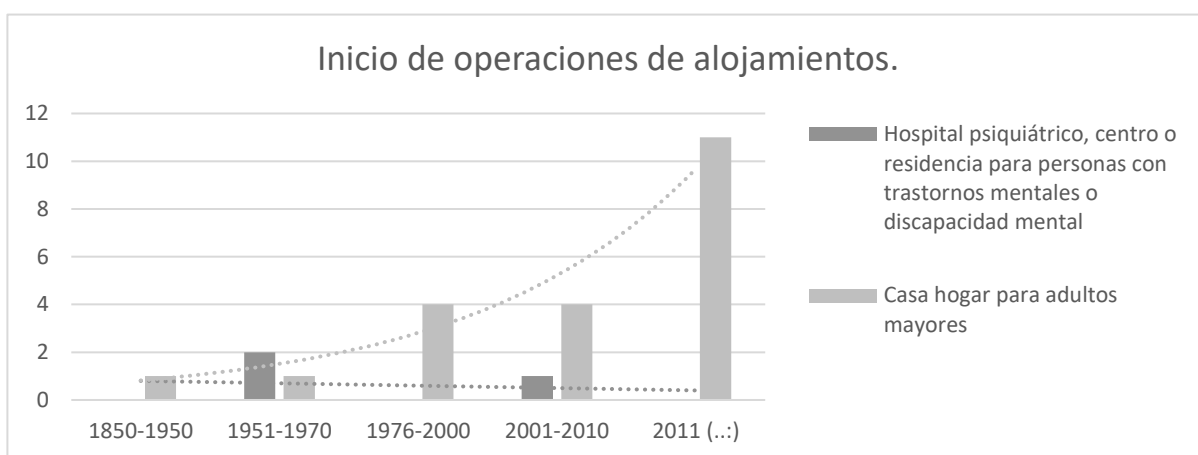
Ahora bien, muchas veces las organizaciones de la sociedad Civil ofrecen sus servicios de manera gratuita o a costos muy bajos, por lo cual resulta importante conocer la fuente de obtención de recursos para el mantenimiento de los alojamientos mencionados hasta el momento. Estos métodos pueden observarse en el gráfico 5, donde destacan por mucho las donaciones propias o por familiares como principal fuente de financiamiento, seguidos de donaciones particulares o de empresas nacionales y fideicomisos, mientras que los menos frecuentes son colectas y apoyos internacionales. De esta información podemos inferir en primer lugar que la recepción de cuidados a largo plazo depende en gran medida de las posibilidades económicas propias o de familiares y en segundo lugar que en cuestión de CLP no existe en la ciudad un impulso en la cooperación internacional tipo join fund, cooperación descentralizada, ni mecanismos alternativos de recaudación y administración de fondos tipo crowdsourcing (Dividir tareas o costos a grupos grandes), mecenazgo (Crowdfunding), fundrising, trustee. Por el carácter global del crecimiento de la dependencia de CLP, quizás estos mecanismos serían una alternativa importante. Siguiendo con el análisis y en relación con lo mencionado en el capítulo uno, gran parte de la atención a las necesidades van de la mano con el marco cultural y creencias del lugar, así, el gráfico 6 muestra los servicios y la frecuencia de los servicios ofrecidos en éstos establecimientos. En ella podemos



Gráfica 6. Número de establecimientos que ofrecen (x) servicio. Elaboración propia con base en CASS, INEGI 2020

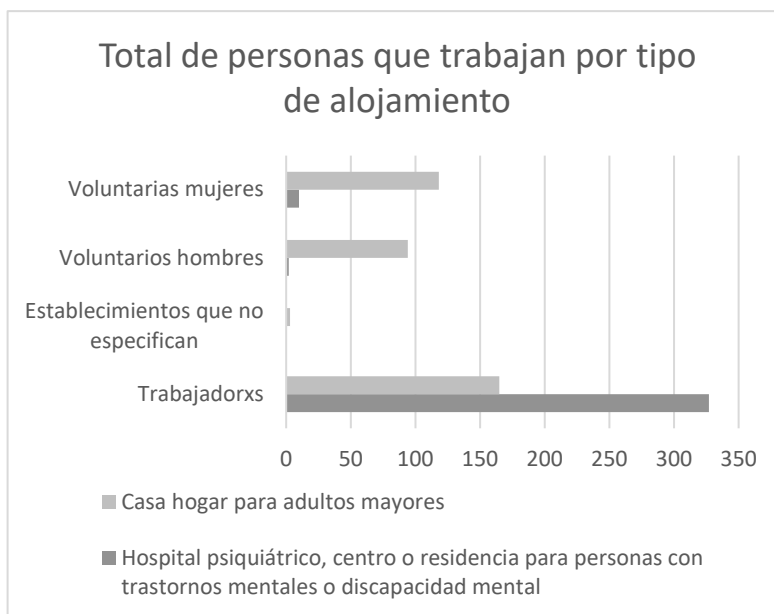
notar que las actividades de más peso con alimentación, actividades recreativas ejercicio y terapia física, seguido de orientación psicológica, orientación religiosa y manualidades, por lo que parece que en estos lugares se priorizan las categorías de subsistencia, creación y ocio mencionadas en la teoría de las necesidades de Max Neff (1993). Los servicios menos frecuentes son el vestido y calzado, el transporte y el apoyo jurídico, sin embargo éstos últimos serían de relevancia en casos de violencia, aislamiento social o necesidades especiales de transporte.

Otro dato de relevancia es el año de inicio de actividades de los establecimientos el cuál se esboza en el gráfico 7. Podemos notar que al menos 4 establecimientos cuentan con una antigüedad mayor al medio siglo y que especialmente los establecimientos de atención a las necesidades de adultxs mayores han crecido exponencialmente en los últimos 10 años, lo cual muy probablemente tiene que ver con las transformaciones demográficas y en el modelo tradicional familiar.



Gráfica 7. Inicio de operaciones por tipo de alojamiento. Elaboración propia con base en CASS, INEGI

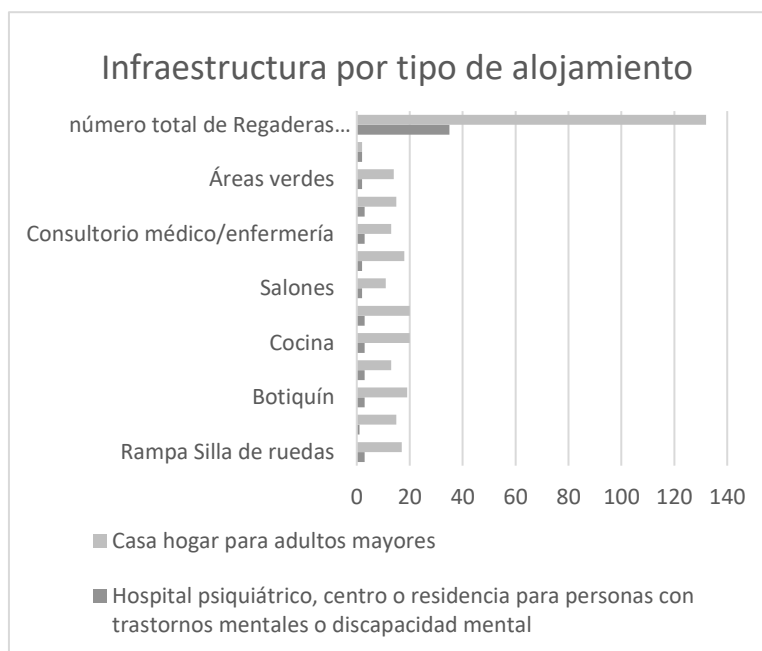
En penúltimo lugar se muestra en el gráfico 8 sobre la cantidad de trabajadorxs por tipo de establecimiento. Destaca el hecho de que aunque el número de personas en alojamientos psiquiátricos es menor, la cantidad de trabajadores con que se cuenta es mayor, por lo que podríamos pensar que la demanda de cuidados de las personas con alguna condición mental es mucho mayor que la de un adulto mayor sin ella. En cuanto a les voluntarixs, notamos que se concentran de manera mayoritaria en las casas de adultxs mayores distribuyéndose en un 57% en el sexo femenino y 43% en el masculino, volviendo a remarcar la diferencia de género a la hora de cuidar.



Gráfica 8. Total de personan que trabajan por tipo del alojamiento.
Elaboración propia con base en CASS, INEGI 2020

En último lugar, en el gráfico 9 se analiza la infraestructura con que cuentan estos alojamientos. Las de mayor frecuencia tienen que ver con lugares donde se realizan las llamadas actividades de apoyo al cuidado como la cocina o los salones de convivencia o con actividades esenciales como el baño. Los menos

frecuentes son aquellos relacionados a los espacios verdes, las canchas y los salones de aprendizaje, lo cual podría deberse al costo del mantenimiento o a la dificultad de desplazamiento. Aunque algunos estudios sugieren que existen beneficios en la motricidad y la salud mental al estar en contacto con espacios verdes o naturales (Martínez, 2014; Retamal F, Ried, A. 2006) muchos de los espacios públicos o de asistencia social en las urbes son diseñados y ejecutados imitando infraestructura de ciudades globales, en las cuáles se invalidan las expresiones que no se inserten o coadyuven al desarrollo de espacios industriales o servicios que ayuden al crecimiento económico y aparenten la automatización de los

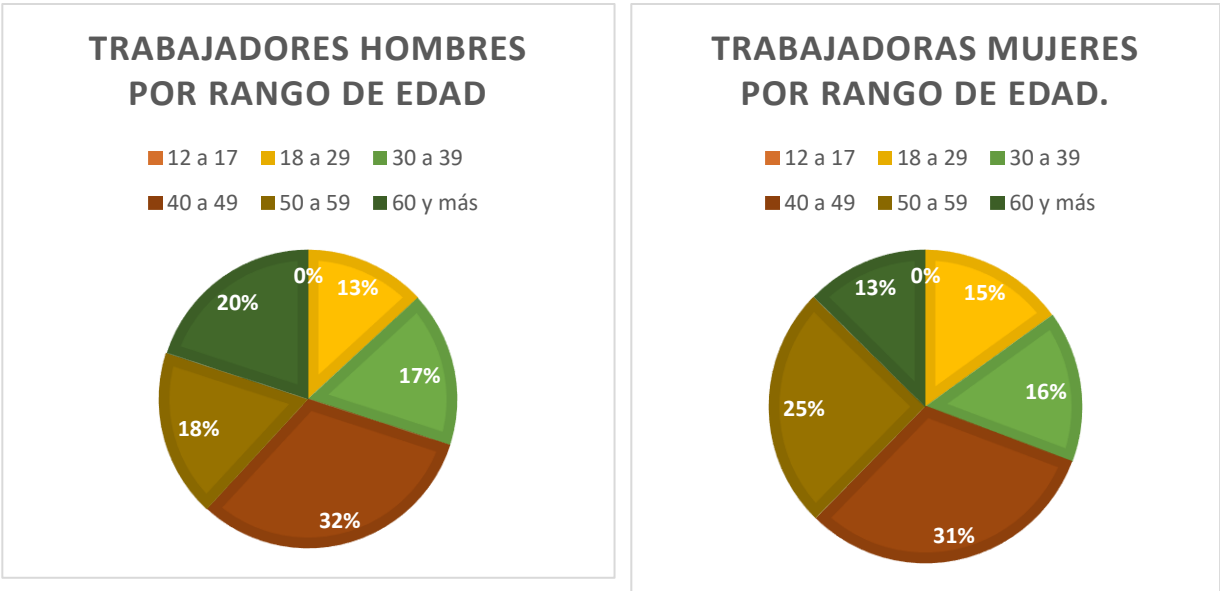


Gráfica 9. Infraestructura disponible por tipo de alojamiento.
Elaboración propia con base en CASS, INEGI 2020

servicios (Cuervo, 2003), por tanto, éstas expresiones también refuerzan la idea de que la mercantilización del cuidado prioriza la ganancia al bienestar y la identidad.

El cuestionario de alojamiento tiene un complemento que incluye información sobre el sexo, edad y fecundidad de les trabajadorxs de estos alojamientos. Se consideró importante analizar estos datos para corroborar las brechas de género, etarias y raciales de haberlas. En cuanto a la distribución por sexo existen 343 trabajadoras por 233 trabajadores, es decir, la distribución es de 60%-40% respectivamente. En cuanto a la edad los gráficos 10A y 10B muestran que la edad masculina más frecuente para trabajar en estos establecimientos es arriba de los 49 años, mientras que en las mujeres es de 40-59. En ambos casos llama la atención que más de un 10% de trabajadorxs son adultos mayores, lo que indica que hay un porcentaje importante de adultos mayores cuidando personas con discapacidad mental y/o adultxs mayores de manera remunerada. En los trabajadores masculinos es 1/5 del total del trabajadorxs. En cuanto a la etnicidad, se cuenta únicamente con dos personas de origen afrodescendiente y 4 hablantes de una lengua indígena, menos del 1%. Hablando de derecho habiencia en servicios de salud sólo el 2.8% de les trabajadorxs no cuentan con algún tipo de servicio médico.

Para concluir este apartado podemos decir que persiste una predominancia femenina en cuanto a los trabajos de asistencia social, y se obtuvo información importante entre la que



Gráficas 10A y 10B. Porcentaje de trabajadorxs por rango de edad. Elaboración propia con base en CASS TRABAJADORES, INEGI 2020.

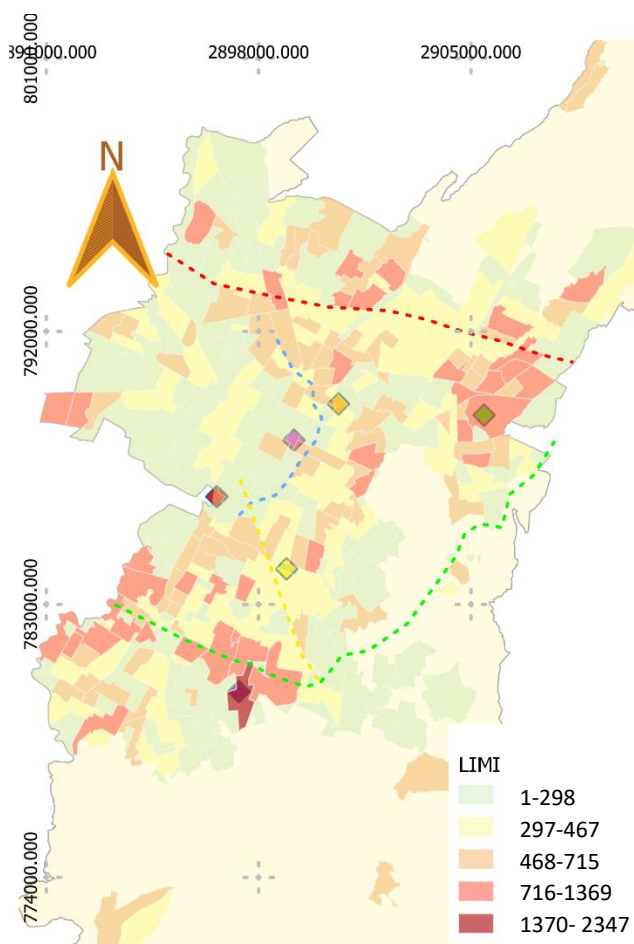
destaca un incremento en las instituciones que brindan asistencia social a adultxs mayores en los últimos 20 años y que estas priorizan actividades recreativas y afectivas sobre las propias de salud. Además, pudimos notar que en cuanto a discapacidad mental el estado aparece a soslayar algunas necesidades, al contrario de las necesidades de les adultxs mayores, a los cuáles se apoya únicamente si se cuenta con cuotas familiares o propias, lo que hace entrever la importancia de los vínculos económicos y afectivos para acceder a estos establecimientos, asimismo resalta una nula conexión con programas de cooperación internacional, cooperativismo y recaudación de fondos mixtos, por lo cual este último punto podría ser un punto importante a explorar si la demanda de estos establecimientos aumenta.

4.2 SOBRE LAS POSIBLES NECESIDADES DE CUIDADOS A LARGO PLAZO EN PUEBLA MUNICIPAL.

En el apartado anterior analizamos los datos que hacen referencia a las personas con una pérdida de la capacidad intrínseca instaurada y establecimientos en los cuáles se ofrece alojamiento y diferentes servicios para ellas. Sin embargo, como se definió en el capítulo uno los cuidados a largo plazo deberían incluir también a las personas que se encuentran vulnerables a sufrir este tipo de problemáticas. Los resultados del Censo incluyen categorizaciones sobre el grado de dificultad para realizar actividades de la vida diaria estipuladas en el cuestionario básico. Las dos últimas correspondientes a “no puede hacerlo” y “lo hace con mucha dificultad” marcados con los números 3 y 4 fueron tomadas en cuenta como una pérdida de la capacidad intrínseca instaurada, pero también se cuenta con una categorización denominada “lo hace con poca dificultad” marcada con el número “2”. Esta última ha sido la que se ha tomado en cuenta para realizar este apartado, aunque también se hace la observación de que muchas enfermedades crónico-degenerativas en etapas tempranas y situaciones de extrema pobreza o condiciones de trastornos alimenticios o desnutrición podrían considerarse en este apartado, pero no se cuenta con datos geográficos que nos permitan mapearlos en el marco georreferencial dado por INEGI, por lo que éstos últimos datos no están dentro de estas estimaciones.

Es importante señalar que en este apartado no se incluyen los padecimientos o problemas mentales, ya que esos se consideran de un grado alto discapacitante y únicamente se incluyen las dificultades cognitivas como recordar y concentrarse, así, el mapa 12 muestra un panorama general de las AGEBS que presentan mayor presencia de limitaciones

Mapa 12. AGEBs con poca dificultad al subir, bajar o caminar, ver aun usando lentes, oír aun usando aparato auditivo, bañarse, comer y/o vestirse, recordar y concentrarse.



Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020.

observar aglomerados cerca de la zona centro, las periferias norte y la periferia suroeste en colonias como San Baltazar, Bugambillas, Agua Santa, Central de Autobuses, San ramón, Santa Bárbara, Amalucan, etc.

Siguiendo con el análisis, en esta ocasión se decidió hacer un mapa que contuviera los datos sobre poca dificultad para subir, bajar o caminar, ver aun usando lentes y bañarse, vestirse y comer, suponiendo que en ésta última categoría la dificultad se encuentra en el sistema musculo esquelético y no orofaríngeo, debido a que por cuestiones fisiológicas, existe una relación en el procesamiento y adaptación motora retroalimentada por el sistema visual y vestibular por lo cual la progresión de estos componentes en conjunto podrían

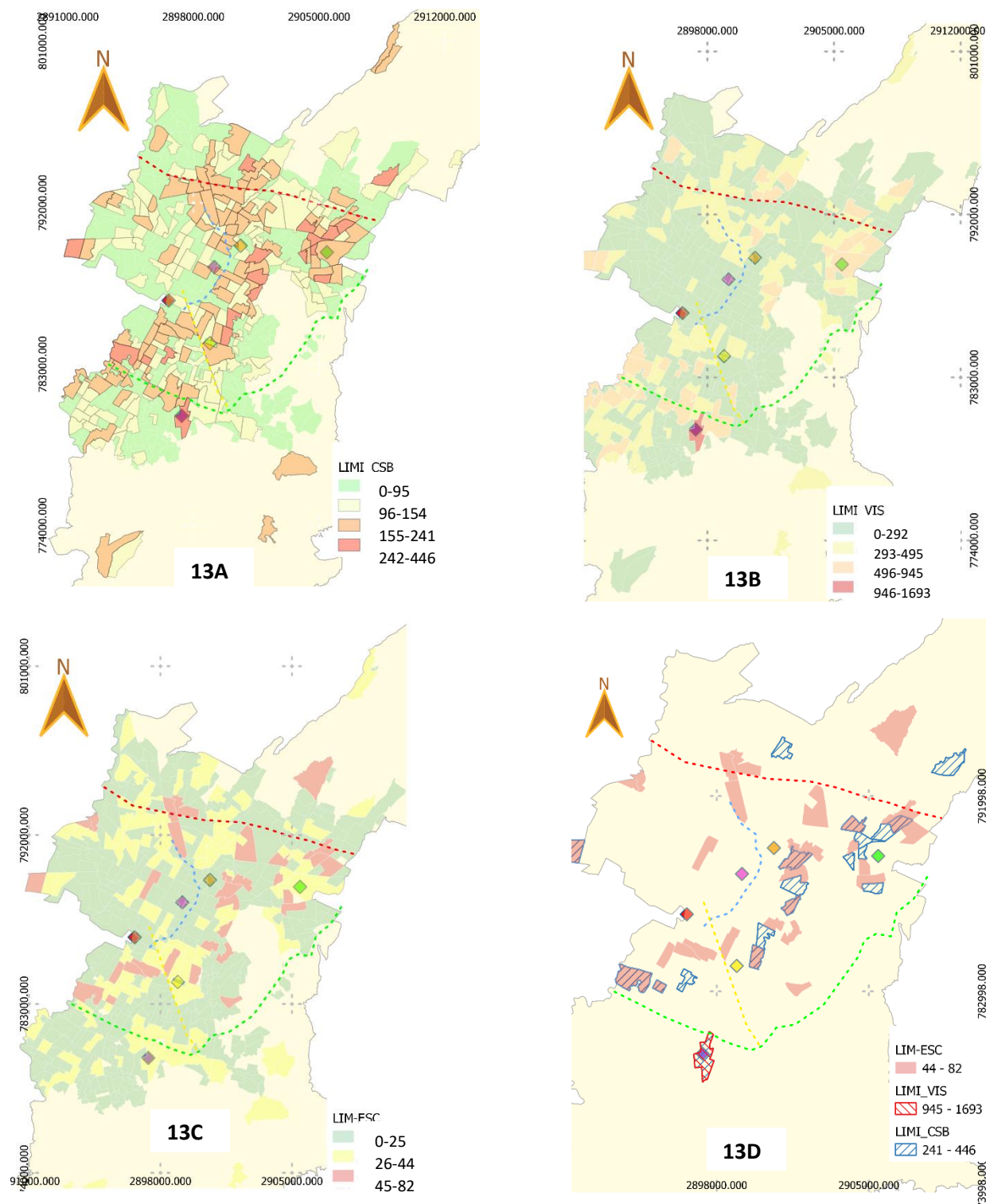
moderadas. Lo primero que podemos observar en este mapa es que la cantidad de personas afectadas que concentra cada AGEB es mucho mayor que las de las consideraciones 3 y 4, lo cual sería un indicativo de que es importante invertir en centros de readaptación funcional, rehabilitación, infraestructura inclusiva y promoción de envejecimiento saludable. Muy probablemente estemos en una etapa temprana para que al igual que países que ya han vivido la transición demográfica pensemos también en una transición de servicios, en especial, los de salud. En el mapa podemos observar, únicamente una AGEB con más de 1370 personas con alguna limitación y corresponde al AGEB más poblado en la ciudad; esta vez si volvemos a

propiciar una disminución en los grados de movimiento y por consiguiente mayor dificultad en las AVD (UBA, 2010; Ignacio, 2010). Los mapas 13A-13C ilustran cada una de estas categorías por separado, mientras que el 13D muestra información cruzada de las AGEBS más saturadas en cada categoría.

En cuanto a datos estadísticos, sabemos que el 10,3% de la población total de la ciudad cuenta con alguna limitación funcional. La limitación más repetida es la visual *LIMI_VIS*, representando el 64.4% del total de personas con alguna limitación, es decir, más del 50% de personas con esta condición tienen limitaciones visuales aun usando lentes. Según la OPS (2020), la capacidad visual es importante pues ayuda a los individuos a conservar cierta independencia para desplazarse, relacionarse, acceder a información y efectuar tareas manuales, y su pérdida puede causar ansiedad y/o depresión. En este rubro podemos decir que el 10% de las AGEBS más asediadas por esta limitación concentran aproximadamente el 27% de personas con este padecimiento, es decir que en el 10% de los AGEBS se concentra más de un cuarto de personas en esta condición. Si tomásemos en cuenta únicamente el 2% de las AGEBS nos daríamos cuenta de que las más afectadas concentran el 7.9% del total de personas en esta condición, es decir la relación es casi 1:4. En cuanto a la espacialidad, podemos ver en el mapa que nuevamente estas personas se concentran mayoritariamente en la periferia, específicamente en la zona los Héroes y Bosques de Amalucan y que las AGEBS con mayor afectación de este tipo no son necesariamente las más pobladas ni las que tienen mayoritariamente adultxs mayores.

La siguiente de éstas tres limitaciones con mayor número de afectados es la de *caminar, subir y bajar CSB* con el 30.4% del total de personas con limitación, es decir, casi un tercio del total. Quizás este sea uno de los puntos más relevantes a la hora del mapeo, pues se necesita empezar a pensar en una ciudad más accesible para todxs. En cuanto a porcentajes podemos decir que el 10% de las AGEBS concentran al 23.1% de la población total con esta limitación, una relación mayor al 2:1. Específicamente 19 AGEBS que representan el 3.8% del total de AGEBS aglomeran el 11% de las personas con alguna limitación para caminar, subir o bajar, esto es casi una relación de 1:3.

Mapas 13A-13D. A. AGEBs con limitaciones para caminar subir y bajar. B. AGEBs según personas con limitación visual aun usando lentes. C. AGEBS con limitación esencial, bañarse, vestirse, comer. D. AGEBS con mayores concentraciones de personas con limitación en bajar o caminar, ver aun usando lentes y bañarse, comer y/o vestirse



Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020.

Para terminar de analizar la serie de mapas 13 tenemos a la limitación correspondiente a bañarse, vestirse y comer, que representa únicamente el 5.7% del total de personas con limitación. En cuanto a la importancia de éstas AVD y la complejidad del gesto de movimiento, éstas se encuentran en el peldaño más esencial, por lo que en el mapa 13C está nombrada *Lim-Esc*. A pesar de que en este análisis se han incluido en la agrupación de gestos motores y su relación con el componente visual, cabría tener en cuenta que las actividades como vestirse y bañarse suelen estar limitadas por problemas en las articulaciones de hombro y cuello, sin embargo, la de comer puede complejizarse por problemas en el aparato digestivo-bucal, así que no hay que perder de vista esas observaciones.

En cuanto a porcentajes el 25.5% de las personas con esta condición, se concentran en el 10% de las AGEBs, sin embargo en esta situación no existe un conglomerado en los AGEBs más habitados, ni totalmente a la periferia, sino que vemos una concentración más céntrica. El porcentaje de AGEBs con este problema más agudizado es de 6.8% y concentran al 19.45% del total de personas que la padecen. Para finalizar el mapa 13D muestra que ninguna AGEB tiene los máximos de los tres problemas a la vez, sólo el 1.8% concentra altos niveles de dos de estas condiciones y se ubican en los héroes, Amalucan y Los Arcos Mayorazgo.

Siguiendo con el análisis se presentan las dos limitaciones restantes: audición aun usando aparato auditivo y problemas de cognición (concentrarse y recordar). En este apartado se ha decidido hacer un mapa cruzado de éstas dos limitaciones ya que existe una estrecha relación entre la hipoacusia como factor de riesgo para desarrollar problemas mentales, cognitivos o demencia (Wimmer, et.al, 2020; OPS, 2020; Aragón, et.al. 2019). Además se presentan mapas separados con esta información.

En primera instancia, el mapa 14A, representa los resultados de las personas que presentan alguna limitación auditiva. Podemos notar que nuevamente existe mayor concentración en las AGEBs más habitadas, sin embargo, la parte centro y varias de las colonias más antiguas como Xonaca, Analco, San Manuel se también afectadas ven afectadas. Según algunos estudios epidemiológicos se ha asociado a las personas mayores de 60 años con un mayor riesgo de padecer estas limitaciones, sobre todo si se está expuesto a ruido constante o se tienen problemas vasculares (Izquierdo, Moreno y Alfonso, 2020;

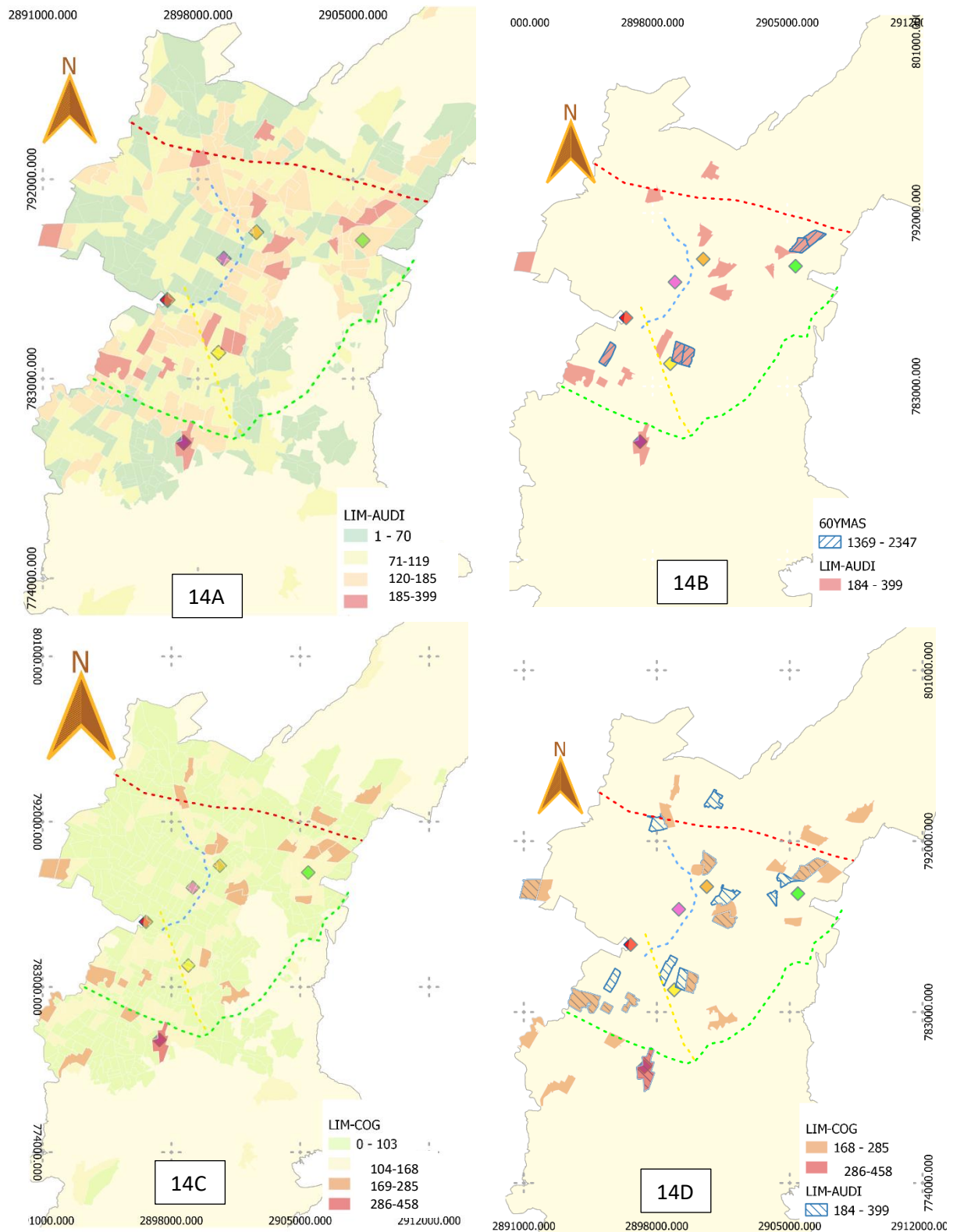
Aragón, Weinberger, Hernández y Rodríguez, 2020; Olarieta, García, Pérez y Rivera, 2025), por lo tanto, el mapa 14B muestra un cruce de las AGEBs con mayor concentración de adultxs mayores y problemas de hipoacusia. Podemos notar que tanto las regiones peridundantes a Bosques de San Sebastián y San Manuel presentan los niveles más altos en este cruzamiento. En cuanto a porcentajes, del total de personas con limitaciones 23. 8% padecen esta limitación; el 10% de las AGEBs con mayoría de personas con esta limitación aglomeran el 23% de las personas con esta limitación, es decir, la relación de mayor a 1:2. El 3.6% de las AGEBs más conglomeradas concentran al 10.3% de la población con esta limitación. En esta ocasión no vemos un crecimiento relacional tan grande.

En penúltimo lugar, el mapa 14C nos muestra la situación de las AGEBS de acuerdo con la concentración de personas con limitación cognitiva, es decir, recordar y concentrarse. El 21% de las personas con alguna limitación presentan ésta. El 3% de las AGEBS más aglomeradas con esta situación concentran el 9.7% del total de personas en esta situación, es decir, la relación es 1:3, mientras que si tomamos en cuenta al 10% de las AGEBs más asediadas por esta condición nos daremos cuenta de que concentran al 25.4% de estas personas, es decir, una relación 1:2.5.

Para finalizar el mapa 14D nos muestra el cruce de las AGEBs con mayor concentración de personas con limitación auditiva y cognitiva. En éste destacamos que el 1.2% de AGEBs tiene altas concentraciones de éstas dos limitaciones.

Para finalizar el análisis de la información se toma el 10% de las AGEBs con mayor número de personas con alguna limitación junto con las limitaciones funcionales por separado, 60 y más y total de población. A grandes rasgos podemos notar que sólo el 52% de las AGEBs con mayor presencia de limitaciones corresponde con las AGEBs más pobladas. Llama la atención específicamente el AGEB 2111400013968 que alberga a la unidad habitacional San Jorge, puesto que concentra un alto índice de personas con limitación, sin embargo es de los menos poblados, al igual que de los que menos personas adultas mayores tiene. Sería interesante evaluar quienes son las personas con limitación que se albergan allí y cuáles son los factores que contribuyen a que se presenten a más tempranas edades específicamente en ese AGEB

Mapas 14A-14D. A. AGEBS con limitaciones para oír aun usando aparato auditivo. B. AGEBS con mayor concentración de personas con limitación auditiva aun usando aparato y personas mayores de 60 años. C. AGEBS con limitación cognitiva: recordar y concentrarse. D. AGEBS con mayores concentraciones de personas con limitación auditiva aun usando aparato y cognitiva: concentrarse y recordar.



Elaboración propia con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI, 2020.

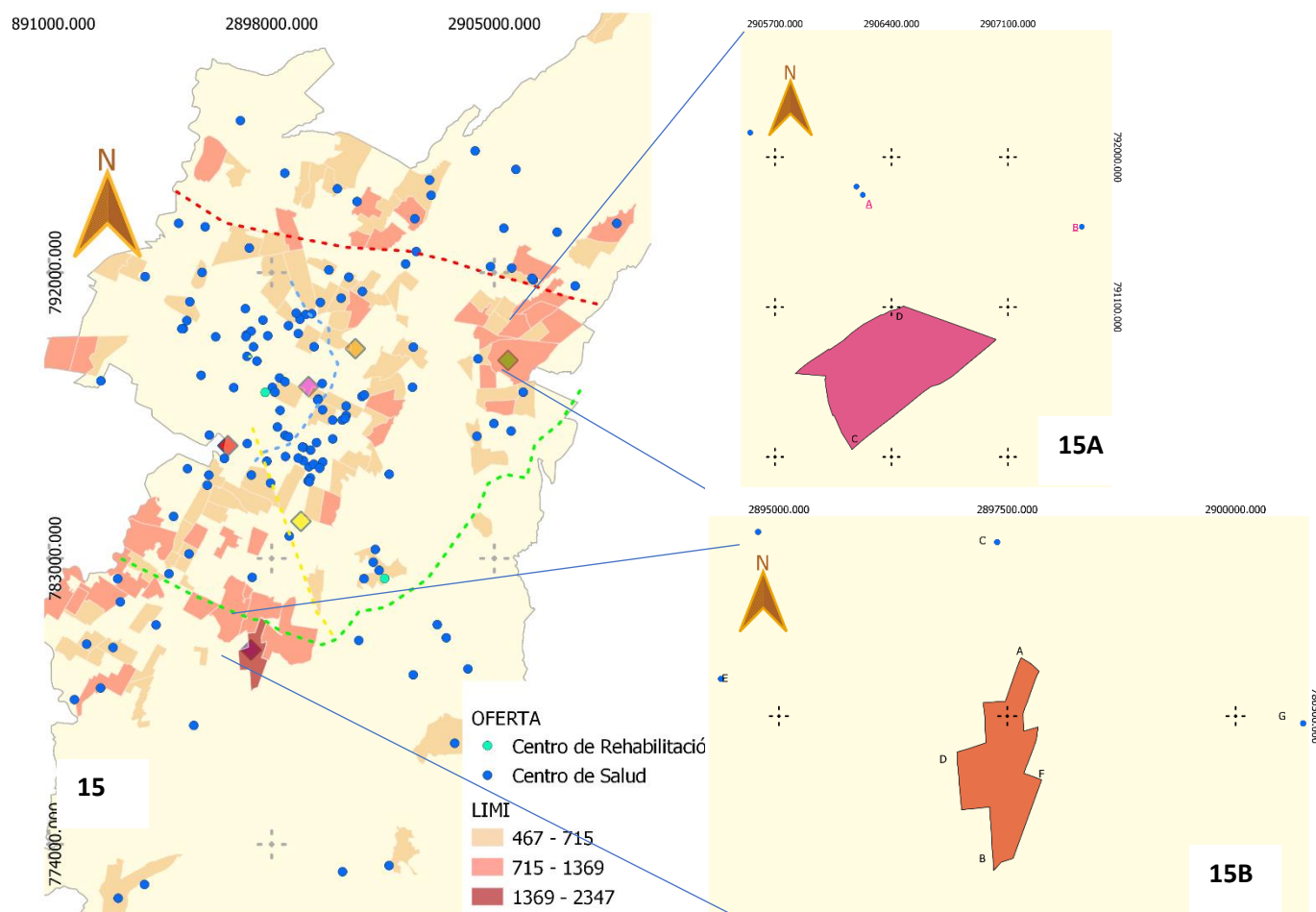
Ahora bien, en términos generales, tomando en cuenta la relación de población total y las personas con limitación, éstas AGEs cuentan con un 12.2% de población total con alguna limitación y observamos como las dos AGEs más pobladas corresponden a las AGEs con mayor concentración de limitación y éstas vuelven a ser las que albergan a las colonias de los Héroes y Bosques de Amalucan. Ambas a la periferia de la ciudad. De manera general podemos decir que la mayoría de las AGEs con un alto índice de limitación concuerdan con las limitaciones de caminar subir y bajar, vestirse, bañarse y comer, pero no pasa lo mismo con la de recordar y concentrarse.

Hay que destacar, desde hace un par de años inicio la expansión de centros de salud pertenecientes a la secretaría de salud del estado y se estableció la semblanza sobre sus facultades. Según el apartado XXX del artículo 43 de la Ley orgánica de administración pública del Estado, aquí se deberán coordinar y evaluar los programas de atención médica, *medicina preventiva, epidemiología y salud pública*, promoviendo su ejecución en las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud; es decir, que los centros de salud son punto clave para monitorear, evaluar y prevenir el avance de estas condiciones (Secretaría de Salud del Estado de Puebla, 2022). Por tanto, para terminar este apartado el mapa 15 muestra las AGEs con mayor concentración de personas con alguna limitación y la ubicación de los centros de salud en la ciudad. Además, el mapa 15A y 15B muestran un acercamiento a las AGEs más pobladas y su situación.

En el mapa 15 podemos observar que la mayoría de los centros de salud se concentran en la zona centro de la ciudad. En el mapa 15A podemos ver que si bien no existen centros de salud dentro de la AGE correspondiente a la colonia Bosques de Amalucan, hay dos en AGEs peridundantes. Las distancias que hay que recorrer para llegar ahí según el programa de QGIS van de los 850 metros desde las distancias más cercanas, del punto D-A y D-B, mientras que entre puntos C-A 2 km y C-B 3.3 km. Cabe mencionar que no se midieron metros lineales, sino se tomaron en cuenta las rutas viales más cercanas. Ahora bien, sería interesante conocer si estos centros de salud brindan algún tipo de servicios de rehabilitación y/o cuidados. En los datos de la secretaría de movilidad se observa que si existe transporte público, pero no se sabe si este cuenta con adaptaciones pertinentes para personas con este tipo de necesidades.

Por otro lado el mapa 15B nos muestra un acercamiento al AGEB que cuenta con la concentración más alta de personas con alguna limitación en la capacidad intrínseca: la colonia de Los Héroes Puebla. De igual manera podemos observar que no existe ningún centro de salud dentro de ese AGEB, pero sí existen en las AGEBs próximas. Si procedemos a realizar las mediciones correspondientes para determinar la distancia a los centros de salud

Mapas 15-15B: Mapa 15, AGEBs con mayor número de personas con alguna limitación en la ciudad de Puebla y oferta de centros de salud y rehabilitación. Mapa 15A: Acercamiento de AGEB bosques de San Sebastián y la relación con las distancias de los centros de salud más cercanos. Mapa 15B: Acercamiento de AGEB Los Héroes Puebla y la relación con las distancias de los centros de salud más cercanos.



Elaboración propia con Base en datos geoestadísticos INEGI 2020 y Qgis 3.2

más cercanos sabremos que del punto A-C existe una distancia de aproximadamente 2 kilómetros, mientras que del punto B-C existe una distancia de aproximadamente 4km. Del punto D-E hay una distancia de 3.3km, mientras que del punto B-E

existe una distancia de aproximada de 5km. Por último, del punto F-G existen 3.3km de distancia, mientras que en entre el punto B-G existen 3.6km. Se hacen las mismas observaciones en cuanto a accesibilidad al transporte público y los servicios de rehabilitación y/o cuidado con que cuentan los centros de salud aludidos. Para terminar este capítulo se recuerda que el total de personas en la ciudad con alguna limitación es mayor al 10% de la población total, que no se tiene un registro público fidedigno sobre cuáles son los servicios de rehabilitación o consejos de autocuidado que se brindan en los centros de salud y sobre todo que las dos AGEBS con mayor concentración de esta problemática no cuentan con centros de salud dentro del mismo AGEBS. Así mismo, se presenta el cuadro de concentrado del porcentaje de AGEBS que presenta el problema más agudizado y el total de concentración del total de personas con alguna limitación en el 10% de AGEBS más acedidas por esta problemática en el cuadro 7.

CUADRO 7: Concentrado de porcentaje de AGEBS más agudizado con problemas de limitación por tipos y sus relaciones.

TIPO DE LIMITACIÓN	PORCENTAJE DE AGEBS CON PROBLEMÁTICA MÁS AGUDIZADA	POCENTAJE DE PERSONAS CONCENTRADAS EN AGEBS MÁS AGUDIZADAS	RELACIÓN AGEBS MÁS AGUDIZADAS Y PORCENTAJE TOTAL DE PERSONAS CON DICHA CONDICIÓN.	PORCENTAJE DEL TOTAL DE PERSONAS CON DICHA CONDICIÓN CONCENTRADAS EN 10% DE AGEBS MPAS AFECTADOS	RELACIÓN 10% DE AGEBS MÁS AGUDIZADAS Y % DE PERSONAS DEL TOTAL AFECTADO.
VER AÚN USANDO LENTES	2%	7.9%	1:3.9	27%	1:2.7
CAMINAR, SUBIR O BAJAR	3.8%	11%	1:2.8	23.1%	1:2.3
ESCENCIAL (VESTIRSE, COMER, BAÑARSE)	6.8%	19.45%	1:2.8	25.5%	1:2.5

OIR AÚN USANDO APARATO AUDITIVO	3.6%	10.3%	1:2.8	23%	1:2.3
COGNITIVA (PENSAR Y CONCENTRARSE)	3%	9.7%	1:3.2	25.4%	1:2.5

Elaboración propia con base en CENSO Población y vivienda INEGI 2020.

4.3 ANÁLISIS SOBRE LA DESIGUALDAD

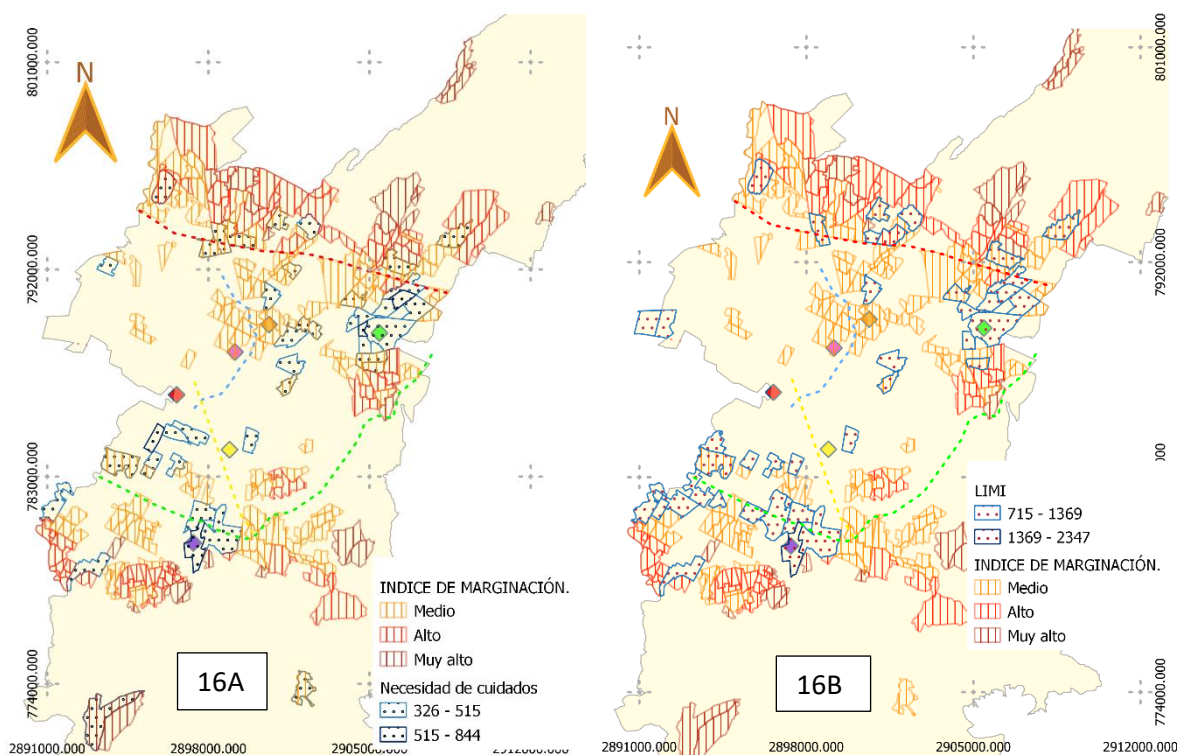
Según la Organización de las Naciones Unidas, ONU, cuando se habla de desigualdad no se habla sólo de la diferencia en la distribución de los activos, el bienestar y los ingresos, sino también de la expectativa de vida, la facilidad con que se accede a servicios de salud, educación de calidad y servicios públicos, así como la influencia que se tiene sobre las legislaciones y políticas públicas. (ONU, 2019). La misma institución ha especificado en su ODS 10 cómo la pandemia, el envejecimiento a escala mundial y las constantes crisis económicas propiciarán que los grupos más vulnerables como les ancianxs, les niñxs y las personas con discapacidad padezcan de cualquiera de estas condiciones y sean excluidxs en algún punto de su desarrollo, por lo que deben crearse estrategias que permitan identificar y atender necesidades que les permitan la plena participación social. Es importante mencionar que existen varias causas por las cuáles se excluye a una persona y/o grupo de personas. En este trabajo nos basaremos en las mencionadas por el sociólogo José Félix Tezanos (2004), para quién existen tres factores principales:

1. Lo cultural y lo étnico racial, donde caben fenómenos de desviación social (un individuo comente actos no alineados a las normas sociales), Marginación social (los individuos que se consideran parte externa de la sociedad), y Segregación social (se posicionan a las minorías en papeles secundarios y carecen de algunos derechos, libertades e igualdad de oportunidades).
2. Lo económico: se incluyen variables como la pobreza, carencia de recursos para vivir dignamente y falta de oportunidades de acceso a salud, educación, vivienda, trabajo, ingresos y nivel de vida.

3. La alienación: los factores económicos y sociales que preservan el *status quo*.

Ahora bien, estos factores de exclusión suelen estar relacionados. Los estudios con los que contamos hasta el momento suelen cuantificar la relación que existe entre la pobreza y la vejez y la pobreza y la discapacidad; así según el informe de la cuantificación de la clase media en México 2010-2020, en nuestro país existe una diferencia porcentual de 7.1% en cuanto a la prevalencia de personas con alguna discapacidad entre los hogares de clase baja y alta. Además este informe hace énfasis en que la pobreza y la discapacidad se exacerban, pues la discapacidad es mayor en los quintiles de ingresos más bajos, además de que en esos quintiles las personas están más expuestas a entornos y trabajos que puedan provocar una discapacidad, tienen menor acceso a servicios de salud y en general viven en contextos menos inclusivos y más restrictivos (INEGI, 2021)

Mapa 16A- 16B: 16A AGEBs con alta concentración de pérdida de la capacidad intrínseca y alto índice de marginación. 16B. AGEBs con alta concentración de limitación para las AVD y alto grado de marginación.



Elaboración propia con datos del Censo Población y Vivienda INEGI, 2020.

En cuanto a los adultos mayores, el CONEVAL (2018) señaló que si bien 7 de cada 10

personas de 65 y más cuentan con ingresos por pensión o jubilación o por programas sociales, esto no fue suficiente para erradicar la pobreza en este sector, debido a que aún existe un 30% de adultxs mayorxs que no son beneficiarios de ninguno de estos dos apoyos.

En general las mujeres adultas mayores carecen de pensiones y dependen meramente de los apoyos sociales, por tanto es importa la mejora en la impartición y servicios sociales a este sector poblacional.

Cabe mencionar que estos datos son dados a nivel nacional, por lo cual se indagó y seleccionó otro indicador que proporcionara información sobre la desigualdad a nivel AGEBS. Se decidió tomar el indicador denominado *índice de marginación* y cruzarlo con la información de los mapas 10 y 13A, para comprobar si existe relación entre la concentración de las necesidades de cuidados a largo plazo, de las personas que están en riesgo de necesitarlo y el grado de marginación y se presenta en los mapas 16A-16B. El índice de Marginación (IM) es una medida-resumen que permite diferenciar entidades federativas y municipios de acuerdo con las carencias que padece la población, como resultado de la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas, ingresos monetarios insuficientes y las relacionadas con la residencia en localidades pequeñas (CONAPO,2021). El mapa 16A muestra que sólo 2 AGEBs condicionan la alta necesidad de cuidados con un alto índice de marginación y que 13 de ellos cuentan con un índice de marginación medio, es decir que un 30% de las AGEBs con alta pérdida de la capacidad intrínseca se relaciona con índices de marginación medio-altos.

Finalmente, en el mapa 16B, muestra el cruce de la información de los AGEBs con mayor concentración de personas con alguna limitación junto con aquellos con medio y alto índice de marginación. Únicamente 9 concuerdan con un nivel de marginación medio, eso es el 22.5%. Lo que más llama la atención es que en ningunos de los dos mapas realizados en este apartado se entrelazan los datos de alto índice de marginación y más alta concentración de personas con pérdida o limitación de la capacidad intrínseca, por lo que muy probablemente en la ciudad la problemática esté relacionada con la alta densidad poblacional más que directamente con el grado de marginación.

CONCLUSIÓN Y NOTAS FINALES.

Tras el desarrollo de los diferentes capítulos de este trabajo, podemos decir que cada uno tuvo un aporte fundamental en la construcción de las conclusiones y la respuesta de la hipótesis inicial que señalaba que en el municipio de Puebla existen necesidades de cuidado a largo plazo de manera focalizada geográficamente hablando y que las ofertas primarias de cuidado estaban fuera de estas focalizaciones. Para llegar a este resultado se realizó en primera instancia a lo largo del primer capítulo la revisión de textos relacionados con el tema y se hicieron algunas reflexiones sobre aspectos de relevancia para el concepto y los elementos que en él interactúan, con base en ello, en el capítulo 2 se analizó el punto en el que el municipio se encuentra en materia de cuidados a largo plazo para que en el capítulo tres pudieran analizarse los instrumentos con los cuáles se disponía para realizar dicho trabajo y finalmente en el cuarto capítulo se aterrizaron los resultados, después de lo cual se procede a hacer algunas observaciones y aseveraciones importantes.

En primer lugar, nos gustaría rescatar como se menciona repetidas veces en el capítulo uno, la importancia que tienen los cuidados como medio de subsistencia y mejora de la calidad de vida en las distintas etapas del desarrollo y cómo el entendimiento y practica del mismo ha sufrido evoluciones y redistribución de las cargas de trabajo que atienden las necesidades básicas y socialmente creadas, las cuáles han sido practicadas por mucho tiempo de manera no remunerada y a cargo mayoritariamente de las mujeres y otros grupos minoritarios o vulnerados y que a su vez, la invisibilización de este trabajo ha acarreado un conjunto de sinrazones atribuidas al género que ha propiciado y mantenido una desigualdad poco favorable no sólo para las mujeres, sino muchas veces para la sociedad persé, pues como se vio en el apartado histórico desde los inicios de las teorías económicas se reconoció a las labores de cuidado como parte fundamental del desarrollo de les niñxs y atención a les enfermxs lo que daba como resultado sociedades más prosperas, sin embargo los esfuerzos tras el aseguramiento de estas tareas fueron encaminadas a deslindar la responsabilidad del cuidado de las tareas del capital y no en el aseguramiento de los mismo desde los cuatro pilares de la sociedad, El estado, el mercado, la familia y las universidades-OSC, lo que aunado al cambio sociodemográfico y otras condiciones hostiles derivadas de la violencia y el cambio climático han generado una crisis de los cuidados.

Este suceso sale a relucir en la construcción de las bases de este trabajo por una parte porque si bien las investigaciones relacionadas con los trabajos de cuidados iniciaron hace casi medio siglo, se reconoce que aún queda mucho trabajo por hacer desde las diferentes teorías analítica en cuanto a los límites, conceptualización y cuantificación de los fenómenos peridundantes a estos trabajos, así una de las cosas más notorias cuando se recabó la información del marco teórico fue que los cuidados a largo plazo son una subcategoría de los trabajos de cuidado, sin embargo, los cuidados a largo plazo dentro de su conceptualización han incluido no sólo a los cuidados directos e indirectos, sino que también se preocupan por señalar la importancia de instituciones que identifiquen las necesidades de cuidado largo plazo y los materiales que se necesitarán para cubrir estos trabajos, así pues, parece que en esta subcategoría se tiene una mirada más sustentable pues no puede asumirse que quienes necesiten los cuidados a largo plazo contarán con suficientes recursos, materiales, económicos y humanos que los garanticen, sobre todo después de la aceleración del envejecimiento global, que muchas veces trae consigo una o varias de las características principales consideradas para ser vulnerable ante esta situación: la pérdida de la capacidad intrínseca (incluido el deterioro motor, visual, auditivo, metabólico, cognitivo y mental) durante un periodo prolongado que suponga la incapacidad de llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria que mantengan a los individuos viviendo de una manera digna.

Desde esta perspectiva se rescata una de las aseveraciones hechas a partir de la opinión de Kervasdoué (2004), sobre los esfuerzos mundiales para lograr vivir más tiempo necesitando cada vez menos de atenciones médicas, así las salas de hospital se están convirtiendo cada vez más en salas parecidas a las de aeropuertos donde estas momentáneamente esperando llegar a tu destino y eventualmente las abandonas. En los hospitales también atienden tus males, pero cuando deja de ser una emergencia tienes que irte, dejando para otro lugar o momento las tareas de cuidados para terminar de reponerse o sentirse bien. Estas tareas incluyen no sólo habilidades técnicas sino también afectivas. Al sólo preocuparnos por vivir más tiempo y no concientizar sobre que implica y para quienes se implica vivir más tiempo, seguimos sin reconocer todo el trabajo que hay más allá de la tecnicidad y por tanto no se generan espacios ni corresponsabilidades comunales donde puedan llevarse a cabo los cuidados.

Pensándolo así, es importante que cuando se investigue sobre cuidados se tome en cuenta también la influencia cultural, religiosa y política que perpetúa el status quo territorial, por lo cual, desarrollar planes de abordaje para éstas transiciones puede mejorar si se entiende la diversidad extendida dentro del propio territorio, pues como dice Boisier(2000) los territorios más que contenedores, son contenido. Esto nos ayudará por una parte a localizar el conjunto de necesidades básicas y sociales que se tiene en el lugar y una idea de como abordarlas. Así, el territorio de interés en este trabajo fue la ciudad de Puebla de Zaragoza quien a la fecha de abril 2022, no contaba con ningún programa específico en la atención de necesidades de cuidado a largo plazo ni información pública sobre lugares que puedan ofrecer servicios relacionados con estas necesidades y al parecer, las instituciones encargadas de la seguridad social como el DIF, el INAPAM, el Instituto de la Discapacidad del Estado y el INSABI no están articuladas para ofrecer programas complementarios en esta problemática. Según el CONEVAL (2021), a Puebla le hace falta mejorar en las prácticas de desarrollo social (dentro de las cuáles se incluyen los cuidados a largo plazo) en los rubros relacionados con su padrón de beneficiarios, transparencia en el presupuesto y áreas responsables de realizar y coordinar evaluaciones, además de regular y legislar sobre la temática de cuidados con énfasis en los cuidados a largo plazo.

Después de desarrollar el capítulo metodológico y de limitaciones nos dimos cuenta de que en efecto aún existen carencias no sólo de investigaciones y evaluaciones relacionadas con esta problemática a este nivel de disgregación geográfica (municipal), sino también de datos que podrían obtenerse al mejorar las prácticas de desarrollo económico antes mencionadas. Debe tomarse en cuenta que si bien ésta es una aproximación basada únicamente en los datos encontrados en el apartado de discapacidad del CENSO de población y Vivienda 2020, podría ser una ayuda a la hora de planear jornadas y servicios de diagnóstico y atención a estas necesidades. Los porcentajes específicos sobre la concentración de las limitaciones y pérdida de la capacidad intrínseca en sus distintas modalidades pueden observarse en los cuadros 6 y 7, sin embargo existen dos constantes en cuanto a la ubicación geográfica de este fenómeno.

En general, podemos decir que la mayor parte de personas con estas condiciones se encuentran alojadas en la periferia de la ciudad, específicamente en los AGEBs más poblados

de la capital y en aquellos famosos por albergar una gran cantidad de personas adultas mayores. Aunque existen algunas excepciones como la alta presencia de alguna condición mental que no se dio precisamente en el AGEB más poblado y también en algunos otros como el que alberga la unidad habitacional San Jorge que no parece tener una amplia población ni gran cantidad de adultxs mayores pero sí arrojó una pérdida de la capacidad intrínseca considerable. Estos fenómenos pueden estar relacionados con otros estudiados previamente dentro del urbanismo como segregación urbana y exclusión social.

Según Aguilar y López (2016), dentro de las ciudades después de los años 80's existió un desplazamiento de las personas no articuladas con los sistemas industriales y de bajos ingresos que les impedían participar en el mercado habitacional, provocando que se desplazaran hacia localizaciones precarias en barrios populares autoconstruidos, con poca infraestructura urbana y baja prestación de servicios y aunque en esta investigación no se profundizó en elementos que corroboren estos datos de manera directa, si existió una correlación del 30% de las AGEBS mayor presencia de personas con alguna pérdida o limitación de la capacidad intrínseca con aquellas con alto y medio índice de marginación, por lo que una investigación mayormente enfocada en la descripción del ambiente, servicios y nivel educativo de personas que habitan estos AGEBS sería interesante, pues no solamente estaríamos hablando de una desventaja en la capacidad intrínseca, sino también en características de la vivienda, calidad servicios de salud, educación y nivel de ingresos, lo cual podría propiciar una repetición de patrones que preserven el statu quo de esta situación, aunado a que si la vida se desarrolla en lugares con pocos servicios e infraestructura se tiene mayor riesgo de sufrir algún accidente que provoque pérdida de la capacidad intrínseca más tempranamente propiciando un círculo vicioso.

En cuanto al fenómeno relacionado con les adultxs mayores existen pocos estudios destinados a describir la segregación de estos en las metrópolis, pero uno de ellos realizado en la ahora ciudad de México (antes Distrito Federal) en el año de 2001 nos da algunos aportes relacionados con esta investigación para poner sobre la mesa En primer lugar que por un tiempo la concentración de las personas adultas mayores se daba en los barrios viejos, pero con el aumento de la esperanza de vida existe una tendencia a que un mayor número de espacios geográficos tengan altas concentraciones de los mismos, sin embargo, esto no quiere

decir que todxs los adultxs mayores tengan las mismas oportunidades ni apoyos y gran parte del acceso a estos tiene que ver con el grado de escolaridad y nivel de ingreso lo que condiciona que las personas tengan ahorros para su vejez, casa propia y menores problemas de salud (Zamorano et.al.,2001) y que a pesar de que eso es sabido, no parece haber alguna modificación en la manera de distribuir las ayudas sociales. Por esa parte, quizás está investigación también pueda ayudar en un futuro a localizar puntos estratégicos que ayuden a entender y atender las necesidades diversas de personas adultas mayores en la urbe.

En cuanto a la oferta de atención, sabemos que existe un fuerte déficit de lugares tanto públicos como privados para la atención de éstas necesidades y en caso de no haberla, existe un déficit en el inventario de los mismos. Tan sólo en el propio levantamiento de datos 1/3 parte de los establecimientos prefirió no contestar a las preguntas hechas por el INEGI, lo que denota una falta de confianza y de instrumentos que permitan la regulación en cuanto a la prestación de éstos servicios, además, la mayor parte de las donaciones para que estas instituciones se mantengan funcionando viene dada por aportaciones de familiares o del propio usuario, lo que denota que si no tienes una fortaleza en estas relaciones económico-familiares, se condicionara tu acceso a la atención de necesidades de cuidado a largo plazo. Por otra parte llamó la atención que no existe ningún registro de cooperación internacional o de fondos mixtos que apoye esta problemática, por lo que quizás sería un buen punto a explorar.

En general, podemos decir que menos del 2% de personas con alguna pérdida de la capacidad intrínseca reciben atención en centros que brindan cuidados y que dentro de ellos prepondera el voluntariado y personal femenino, sin embargo valdría la pena investigar qué sucede con los hogares con personas que dependientes de cuidados a largo plazo, ¿Cuáles son sus características? ¿Qué gastos representa en el hogar?, ¿Quiénes están cuidando de manera no remunerada? Y ¿Con que herramientas de afrontamiento cuentan estos hogares? En este punto cabe mencionar otra de las observaciones que deja este trabajo y es que si la mayoría de personas con necesidad de cuidado no están en alguna institución que los brinde, puede significar que están en casa, pero no se detectó en la investigación algún programa dirigido a la educación en finanzas que permitirá a la generaciones futuras poder costear estos cuidados de no contar con una red de apoyo personal suficiente ni programas dirigidos a

capacitar en cuanto a cuidados y fuentes de diversificación de ingresos o apoyos adicionales para la familias que enfrentan estas situaciones.

Para finalizar, me gustaría recalcar que se comprueba la hipótesis inicial y que en efecto existe una focalización de las personas con necesidades de cuidados a largo plazo y que éstas están exacerbadas en dos AGEBS específicos ubicados a la periferia al noreste y sur de la ciudad y que estos no cuentan con ofertas específicas para esta problemática y ni siquiera cuentan con centros de atención primaria en salud dentro de la misma AGEB, por tanto, esta investigación puede ser un precedente.

REFERENCIAS.

1. Achury, D (2008). *La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería*. Inv.Enf. Bogotá. Año9. V8.Num 1 y 2. 1-8pp.
2. Acosta, M. (2013). *Capacidad funcional en las personas mayores según el género*. (Trabajo de fin de grado). Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4794/4/tfg-h8.pdf>
3. Aguilar, A. y López, F. (2016). *Espacios de pobreza en la periferia urbana y suburbios interiores de la ciudad de México. Las desventajas acumuladas*. EURE. Vol. 42. No. 125. 5-29pp.
4. Aguirre, R., K. Batthyány, N. Genta y V. Perrotta (2014), “Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay”, *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 50, 43-60.
5. Angulo, M. (2018). *Descripción de la calidad de vida como inclusión social en los adultos mayores pertenecientes al centro de asistencia y estancia gerontológica “Casa del abue” del estado de Puebla*. Tesina maestría profesionalizante en gestión del Desarrollo Social. 164pp.
6. Aragón, J.; Weinberger, F.; Milla, K; Rodríguez, M. (2019). Hipoacusia y deterioro cognitivo en adultos mayores. *Anales médicos*. 5pp. [dx.doi.org/10.35366/BC194F](https://doi.org/10.35366/BC194F).
7. Banco Interamericano de Desarrollo (2021). *Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia*. Webinars. Disponible en: <https://cursos.iadb.org/es/webinars/envejecimiento>
8. Barrigón, C. (2010). *Mujer y cultura en el mundo griego antiguo*. Valladolid, España. 22pp.
9. Batthyány, K. (2010). *Miradas latinoamericanas de los cuidados*. CLACSO; 1a ed. México DF - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Libro digital. Digital: descarga ISBN 978-987-722-784-0
10. Bermúdez Tomás (2019). La mujer mexicana en el mercado laboral: más y mejor es posible. *El economista*. México. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/La-mujer-mexicana-en-el-mercado-laboral-mas-y-mejor-es-posible-20190307-0167.html>

11. Boisier, S. (1999) Desarrollo (local): ¿de qué estamos hablando? Mimeo. Santiago de Chile.
12. Boisier, S. (2006). Algunas reflexiones para aproximarse al concepto de ciudad-región. *Estudios sociales*. Vol. 15. No. 28. 163-90pp.
13. Cámara de Diputados (2020). *Fundamenta Aleida Álvarez que se romperá el estereotipo histórico de que las labores del hogar y su entorno son sólo cosas de mujeres*. Nota no. 7767. Disponible en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2020/Noviembre/18/7767-Fundamenta-Aleida-Alavez-reforma-constitucional-en-materia-de-sistema-nacional-de-cuidados>.
14. Cárdenas, M.; Cortés, F.; Escobar, A.; Nahmad, S.; Scott, R.; Teruel, G. (2018). ¿Qué funciona y qué no en cuidados a largo plazo en personas adultas mayores? *Guías prácticas de políticas públicas*. Coneval. 58pp.
15. Carrasco, C; Borderías, C; Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*. Editorial Catarata. Madrid. 96 pp.
16. Caruso, M; Galiani, S; Ibararán, P. (2017). Long-term care in Latin America and the Caribbean? Theory and policy considerations. *Banco Interamericano de Desarrollo*.
17. Castañeda, R. (2008). Señoras y esclavas: el papel de la mujer en la historia social de Egipto. *Colegio de México*. 83-159 pp.
18. Casteñada, G. (2017). Reporte sobre la complejidad Económica del estado de Puebla. CIDE. División de Economía. 70 pp.
19. Cathalifaud, A.; Osorio, F.(1998). *Introducción a los conceptos básicos de la Teoría General de Sistemas*. Universidad de Chile. Cinta de Moebio. No.3. 12 pp. E-ISSN: 0717-554X
20. Chatterji, S.; Byles, J.; Cutler, D.; Seeman, T.; Verdes, E. (2015). Health, functioning and disability in older adults-present status and future implications. *The lancet*. Vol 385. 563-575.
21. Cheprasov, A. (2021). *Emotional Labor: Arlie Hochschild's, Definitions and Theories*. Social Science Courses. Disponible en: [Emotional Labor: Arlie Hochschild's Definition & Theories - Video & Lesson Transcript | Study.com](#)

22. Chisari, B.; García, M. (2018). *El desarrollo moral según Carol Gilligan. Estudio exploratorio en una muestra de mujeres y varones adultos en dos comunidades urbanas*. Universidad del Mar de Plata Argentina. Facultad de Psicología. 183 pp.
23. Coll, F. (2020). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Economipedia.com. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/programa-de-las-naciones-unidas-para-el-desarrollo-pnud.html>
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2015). *Objetivos de Desarrollo sostenible ODS*. Agenda 2013 para el Desarrollo Sostenible, Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/agenda-2030-desarrollo-sostenible/objetivos-desar>
25. Comisión Económica para América Latina y el Caribe: CEPAL (s/f). *Sobre cuidados y las políticas de cuidado*. Disponible en: [Sobre el cuidado y las políticas de cuidado | Comisión Económica para América Latina y el Caribe \(cepal.org\)](#)
26. Comisión Nacional de Evaluación de la Política Social de Desarrollo Social (2018). *Pobreza y personas Mayores en México*. Disponible en: [Pobreza y personas mayores en México \(coneval.org.mx\)](#)
27. Consejo de Europa (1998). *Recomendación N°(98)9*. Disponible en: <https://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>
28. Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social CONEVAL, (2018). *¿Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores?* Guías prácticas de políticas públicas. México. 58 pp.
29. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020). *Informe de pobreza y evaluación 2020*. Puebla. Ciudad de México: CONEVAL.
30. Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social CONEVAL (2021). *Diagnóstico en avance de monitoreo y evaluación de entidades federativas 2021: Puebla*. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Puebla/Documents/Puebla_2021.pdf
31. Consejo Nacional de Población CONAPO (2021). *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2020. Nota técnico-metodológica*. Secretaría de Gobernación. 15 pp.
32. Damián, A. (2016). Seguridad social, pensiones y pobreza de los adultos mayores en México. Acta social. Num. 70. 151-172. Pp.

33. DECEL: Diccionario Etimológico Castellano en Línea (2021). Etimología del cuidado. Chile. Disponible en: <http://etimologias.dechile.net/?cuidado>
34. Díaz, Y. (2014). *Estado de Bienestar y crisis de los cuidados*. Departamento de trabajo social y Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social, Universidad Complutense de Madrid. 20 pp.
35. Elorrieta, M. (2012). Análisis crítico de la educación moral según Lawrence Kohlberg. *Educ. Vol. 15, No. 3*, 497-512.
36. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento ENASEM (2018). *Presentación de resultados*. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. 22pp.
37. Encuesta Nacional sobre Uso de tiempo ENUT (2019). *Presentación de resultados*. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Segunda Edición. 36 pp.
38. Falador, G. (2001). Las bases del comportamiento Humano con su ambiente. Controversias sobre sustentabilidad. 51-88pp.
39. Federici, S. (2004). Caliban y la bruja: la acumulación del trabajo y la degradación de las mujeres. *Traficante de Sueños*. Madrid. 85-176 pp.
40. Femenías, M (1988). Mujer y Jerarquía natural en Aristóteles. *Hiparquía*, Vol. 1. Trabajo presentado en el Encuentro Internacional de la Filosofía y Feminismo, México UNAM.
41. Ferguson, L. (2013). Gender, Work, and the Sexual Division of Labor. *Oxford Handbooks*
Online. doi:10.1093/oxfordhb/9780199751457.013.001310.1093/oxfordhb/9780199751457.013.0013
42. Fernández, A.; Agüero, J. (2018). Desfamiliarización del cuidado: un puente desde el malestar individual hacia el bienestar social. *MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales*. Vol. V, N° 9. ISSN: 2362-616x. (pp. 189-206) Centro de Publicaciones. FCPyS. UNCuyo. Mendoza.
43. Ferreyra, M. (2020). *Conversatorio “Cuidados a largo plazo, avances y retos en la transformación”*. INMUJERES. Disponible en canal Youtube INMUJERES: https://www.youtube.com/watch?v=r-tttjFt_mM Min 11:30- 24:10.

44. García Domínguez, M. (1997). Desarrollo moral y culpabilidad. Modelos conceptuales y aplicación empírica. Tesis Doctoral. España, Universidad Complutense de Madrid.
45. Gardiner, J. (2003). Los padres fundadores. En Mujeres y economía nuevas perspectivas para viejos y nuevos problemas. Barcelona. 59-89.
46. Gherardi, N.; Gallo, V.; Marcelotte, L (2020). *El derecho de cuidado: conciliación familiar y laboral en las empresas*. ELA- UNICEF. Primera Edición. Buenos Aires Argentina.
47. Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado: el daño moral y la ética del cuidado*. Cuadernos de la fundación Víctor Grifols y Lucas. Barcelona. 6-40pp. ISBN: 978-84-695-8257
48. Gobierno de Puebla (2019). Día Internacional del Adulto mayor. Disponible en: <https://ss.puebla.gob.mx/cuidados/adultos/item/342-dia-internacional-del-adulto-mayor>
49. Gobierno de Puebla (2022). *Servicios en centro Gerontológico Casa del Abue*. Disponible en: https://ventanilladigital.puebla.gob.mx/web/fichaAsunto.do?opcion=0&asas_ide_asu=2094&ruta=/web/asuntosMasUsuales.do?opcion=0!periodo=0
50. Gonzáles, C.; Orozco, K.; Arias, M.; Carvajal, G. (2020). Trabajo de cuidado en las fuentes de información estadística de México. *Revista internacional de estadística y Geografía*. Vol. 11, Núm. 3, 22-43pp.
51. Gutiérrez, L. (2020). COVID-19 e Instituciones de Cuidados a Largo plazo en México. Canal de YouTube Instituto Nacional de Geriátría. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=EMB_NxIM_lg Min 0:00-10:00.
52. Gutiérrez, L.; García, R.; Pérez, M. (2021). *Screening intrinsic capacity and its epidemiological characterization: a secondary análisis of the Mexican Health and Aging Study*. Organización panamericana de la salud. 9pp. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.121>
53. Hernández, Y. (2018). El derecho al cuidado: ¿un derecho de los adolescentes en conflicto con la ley penal? *Revista Iberoamericana de Ciencias Sociales y Humanísticas*. Volumen 7. Num.14. 19 pp. DOI: 10.23913/ricsh.v8i15.157

54. Himmerlfab, G. (1988). La idea de la pobreza. Inglaterra a principios de la era industrial. Fondo de Cultura Económica. México.
55. Hochschild, A. (2013). “Ethique du care et capitalisme émotionnel”. En Paperman, P. y Molinier, P. (Eds.), Contre l’indifférence des privilégiés. À quoi sert le care (pp. 69-97). Paris: Payot.
56. Ibero Puebla (2020). *Atención a adultos mayores requiere del cuidado participativo: Academia Ibero Puebla*. Disponible en: https://www.iberopuebla.mx/noticias_y_eventos/noticias/atencion-adultos-mayores-requiere-del-cuidado-participativo-academica
57. Ignacio, J (2010). *Coordinación y equilibrio. Concepto y actividades para su desarrollo*. Colegio Oficial de Licenciaturas en educación física de Cataluña. 9pp. Disponible en: <https://www.coplefc.com/intranet/documents/Tema72009.pdf>
58. Ikegami N.(2019) Financing long-term care: lessons from Japan. *Int J Health Policy Manag.*;8(8):462–466. <https://doi:10.15171/ijhpm.2019.35> . [PMC [free article](#)] [PubMed] [Google Scholar]
59. Institute of Medecine IOM (2001). Improving de quality of long-term care. *National Academy Press*. Washington D.C. 354 pp.
60. Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS (2019). *IMSS’s foundations for LTC system*. 9pp. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/apec-inger/25octubre/3-presentacion-IMSS.pdf>
61. Instituto Mexicano para la competitividad IMCO (2022). 10 acciones para la equidad de género en el mercado laboral . Centro de Investigación en Política Pública. Disponible en: <https://imco.org.mx/10-acciones-para-la-equidad-de-genero-en-el-mercado-laboral/>
62. Instituto Mexicano para la competitividad IMCO (2022a). *Radiografía de las madres en la economía*. Centro de Investigación en Política Pública. Disponible en: <https://imco.org.mx/radiografia-de-las-madres-en-la-economia/>
63. Instituto Mexicano para la Competitividad, IMCO (2020). Que no vuelva apasar; estados prevenidos valen por dos. México. 222pp.
64. Instituto Mexicano para la Competitividad, IMCO (2021). Índice de competitividad urbana 2021. México. 193 pp.

65. Instituto Municipal de Planeación Puebla (2022). *Pirámide Poblacional del Municipio de Puebla 2020*. Rescatado de <https://implan.pueblacapital.gob.mx/sig/puebla-en-datos/item/49-piramide-poblacional-del-municipio-de-puebla-2020#:~:text=En%202020%2C%20la%20poblaci%C3%B3n%20del,total%20del%20Estado%20de%20Puebla>
66. Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI (2010). *Levantamiento: manual de cartografía y Geoestadística*. Censo de Población y vivienda 2010. 89 pp.
67. Instituto Nacional de Geografía y estadística, INEGI (2017). *La discapacidad en México, datos al 2014. Versión 2017*. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825094409>
68. Instituto Nacional de Geografía y estadística INEGI (2020). *Índice de envejecimiento*. Censos y Conteos de Población y Vivienda Encuesta Intercensal 2015. Disponible en: [Población \(inegi.org.mx\)](http://Poblaci%C3%B3n.inegi.org.mx)
69. Instituto Nacional de Geografía y Estadística, INEGI (2020a). Presentación de resultados: Puebla. 113 pp. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020_pres_res_pue.pdf
70. Instituto Nacional de Geografía y estadística, INEGI (2020b). Indicador trimestral de la actividad Económica Estatal (ITAE), para Puebla durante el primer trimestre de 2020. *COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 375/20*. 375/20. 14 pp.
71. Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI (2021). *Cuantificando la clase media en México 2010-2020*. Dirección General Adjunta a Investigación. 58pp.
72. Instituto Nacional de Geografía y estadística INEGI (2021a). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (datos nacionales)*. Comunicado de prensa Núm 713/21. 5pp.
73. Instituto Nacional de Geografía y estadística, INEGI (2022). *Visor de bienestar subjetivo*. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/bienestarvisores/subjetivo/>
74. Instituto Nacional de Geriátrica INGER (2019). Long-term care services and programmes in Malasia. *Foro de cooperación económica Asia-Pacífico: Capacity building for community Based Long Term Care*. 19 pp.

75. Instituto Nacional de Geriátría INGER (2019b). *Desarrollo de capacidades para Cuidados de Largo plazo de base comunitaria*. Ciudad de México. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/desarrollo-capacidades-aperinger.html>
76. Instituto Nacional de Geriátría INGER. (2020). *Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral*. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf
77. Instituto Nacional de Las mujeres (2019). Encuesta Nacional Sobre el Uso del Tiempo ENUT. INEGI. 36 pp.
78. Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal INAFED (s/f). *Enciclopedia de los municipios: Estado de Puebla*. Disponible en: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM21puebla/municipios/21114a.html>
79. Izquierdo, Y.; Hernández, G.; Alfonso, E. (2020). *Caracterización epidemiológica de la hipoacusia neurosensorial en adultos mayores de 60 años*. Revista Cubana de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y Cuello. Editorial ciencia médicas. 2020;21(3):e177.
80. Jean Tronto (2009). *La economía política y social del cuidado*. Conference news. Barnard College, Columbia University, Nueva York.
81. Jelin, E. (2009). *La economía política y social del cuidado*. Conference news. Barnard College, Columbia University, Nueva York. 24p.p
82. Jiménez, K. (2019). *Trabajo Emocional e inteligencia emocional dentro de las organizaciones*. Disponible en: [Trabajo emocional - YouTube](#)
83. José, E.; Gonzáles, L.; Camejo, M.; Zoraida, V (2015). Esclepios (Esculapio) y su familia en la mitología y la medicina occidental. Salus. Vol. 19, n.2, pp24-30. ISSN 1316-7138.
84. Kaewsarmrit, Atthaphon (2019). Community Based Long-term care in Thailand. *Foro de cooperación económica Asia-Pacífico: Capacity building for community Based Long Term Care*. 22 pp.
85. Kandel, E. (2006). División sexual del trabajo. Ayer y hoy: una aproximación al tema. Edit. Dunker. Buenos Aires. 144pp.

86. Kanter, I. (2020). *Trabajo de cuidado no remunerado y propuestas legislativas sobre el derecho de cuidado digno*. Mirada Legislativa, No. 195. Instituto Belisario Domínguez. Senado de la República. 34pp.
87. Kanter, I. (2021). *Las personas mayores a través de los datos censales de 2020*. Mirada Legislativa, No. 204. Instituto Belisario Domínguez. Senado de la República. 27 pp
88. Katz, S.; Amasa. B.; Ford, Roland. W.; Moskowitz, B.; Jackson, and M. W. Jaffe. (1963). "Studies of Illness in the Aged. The Index o f Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function". JAMA 185 (12): 914–919.
89. Kervasdoué, J. (2004). *L'hôpital vu du lit*. Editorial, Du Seuil. 6-44pp. ISBN 2-02-067846-2
90. Klaassen, G. (2007). *Demencia*. Universidad de Celaya. 74pp. Disponible en: [DEMENCIAS Conceptos y Clasificación \(udec.cl\)](http://DEMENCIAS Conceptos y Clasificación (udec.cl))
91. Lehning, A.; Austin, M. (2009). Long-Term Care in the United Satates: Policy Themes and Promising Practices. *Journal of Gerontological social work* 43-63., DOI: 10.1080/01634370903361979
92. León, A. (1995). Historia de las deficiencias. *Fundación once*. Colección Tesis y Praxis. Madrid. 443 ppLéxico by Oxford dictionary language (2021). Significado de cuidar. Disponible en: <https://www.lexico.com/es/definicion/cuidado>
93. Libro de los Proverbios (975 a.C). Exhortación a un Rey 31, 10-31. Biblia, Antiguo Testamento.
94. López, M. (2020). *Documento de Estrategia para la Prevención y el Control de COVID-19 en Instituciones de Cuidados a Largo Plazo Basada en Delimitación Explícita de Zonas de Riesgo*. Canal de YouTube Instituto Nacional de Geriátría. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=EMB_NxIM_lg Min 23:00- 38:21
95. MAHONEY FI, BARTHEL DW. EVALUACIÓN FUNCIONAL: EL ÍNDICE DE BARTHEL. Md State Med J. 1965 Feb;14:61-5. PMID: 14258950.
96. Marx, C. (1867). El capital: Capítulo XXIV, la llamada acumulación originaria. 55p.p
97. Massé, C. (2017). The woman and the care of life: historical understanding and future perspectives. Cuadernos de bioética. Vol. 3. 11pp.

98. Medina, Caridad (2019). Envejecimiento poblacional cubano. Un reto para el sistema de salud. *Foro de cooperación económica Asia-Pacífico: Capacity building for community Based Long Term Care*. 39 pp.
99. Mies, M. (2019) Patriarcado y acumulación a escala mundial. Madrid, España: Traficantes de sueños. Pp. 21-38 y 101-150.
100. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2021). *Documento Técnico. Marco conceptual sobre cuidados*. 62 pp. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2021_dtmcc_per.pdf
101. Molinier, P. (2020). *Gestión o cuidado ¿Una concilia imposible?*. Revista Adynata: reveses de clínicas estremecidas. Año 1. Disponible en: <https://www.revistaadynata.com/post/trabajos-hospitalarios-gestión-o-cuidado-una-conciliación-imposible---pascale-molinier>
102. Molinier, P.; Paperman, P. (2020). *Liberar el cuidado*. Ediciones complutenses. Cuadernos de Relaciones Laborales ISSN: 1131-8635. 11pp.
103. Mulaty Erna & Lisa (2019). Long-term care services and programmes in Indonesia. *Foro de cooperación económica Asia-Pacífico: Capacity building for community Based Long Term Care*. 39 pp.
104. Nakamura, Shintaro (2019). Translating long-term care experiences in Japan-Thailand. *Foro de cooperación económica Asia-Pacífico: Capacity building for community Based Long Term Care*. 35 pp.
105. Navarro, M (2006). Modelos y regímenes de bienestar social una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina. *Desacatos*, núm. 21, pp. 109-134.
106. Neff, M. (1993). *Desarrollo a escala humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Nordan-Comunidad. Uruguay, Montevideo. 23.78 pp.
107. Olarieta, J.; Garcipia, F.; Pérez, N.; Tivera, T. (2015). Hipoacusia. *Medica programa de formación médica*. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.11.014>
108. ONU MUJERES (s/f). *propuesta de derecho al cuidado*. Conexión. Disponible en: [Derecho al Cuidado](#)
109. Organisation for Economic Co-operation and development, OECD (2007). *Conceptual framework and methods for análisis of data sources for Long.Term care*

- expenditure*. Final report. 313pp. Disponible en: [Revised report on LTC data sources 2007 \(oecd.org\)](#)
110. Organización de las Naciones Unidas (2019). *PNUD: Definición de desigualdad*. Disponible en: [Definición de la desigualdad | SLos ODS hoyy \(undp.org\)](#)
111. Organización Internacional del Trabajo (2019). Capítulo 1: el trabajo de cuidados y los trabajadores y trabajadoras del cuidado, qué son y por qué importan. *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado: para un futuro con trabajo decente*. Primera edición. 5-34 pp.
112. Organización Mundial de la salud (2001). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 258 pp.
113. Organización Mundial de la Salud OMS (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. 1-25pp.
114. Organización Mundial de la Salud OMS (2016). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. 173pp.
115. Organización Mundial de Salud OMS (2015). Cap. 3: Salud en la vejez. Informe mundial sobre el envejecimiento. 45-90 pp.
116. Organización Mundial de la Salud (2017). Atención integrada para personas mayores. Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de la capacidad intrínseca. 60 pp.
117. Organización Panamericana de la Salud OPS (2020b). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria en salud. Washington D.C. 96 pp.
118. Orozco-Rocha, K., & González-González, C. (2021). Familiarización y feminización del trabajo de cuidado frente al trabajo remunerado en México. *Debate Feminista*, 62. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.62.2276>
119. Ortiz, M. (2020). Teoría de los cuidados de Kristen Swanson. *Fundamentos de enfermería*. Universidad de Córdoba. Disponible en: [Teoría de los Cuidados de Kristen](#)

120. Pérez, Amaia (2014). Subversión feminista de la economía: aportes para un debate sobre el conflicto capital vida. Madrid. *Traficante de Sueños*. Página 21-138
121. Pérez, M. (2013). *El surgimiento de los sistemas de cuidados. El caso Español*. Seminario Internacional “Los sistemas de cuidados. ¿Una respuesta a los nuevos desafíos de la protección y el bienestar? Experiencia europea y perspectivas para Uruguay.
122. PROTEGE (2009). *Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdidas de autonomía*. Ministerio de Salud Programa Salud del Adulto Mayor y Semana. 211 pp.
123. Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in a DEvelopment context: conceptual Issues, Research question and Policy Options*.
124. Rea, P. (2020). *Hacia un sistema Nacional de Cuidados en México para personas mayores con perspectiva de Género e interculturalidad*. INMUJERES. Disponible en canal Youtube INMUJERES: https://www.youtube.com/watch?v=r-ttjFt_mM Min 26:00- 43:30
125. Real Academia Española RAE (2001). *Significado de cuidado*. Disponible en: <https://www.rae.es/drae2001/cuidado>
126. Reyes, J. (2021). *Prevalencia de discapacidad den México 2014-2018*. Coyuntura demográfica. Revista sobre procesos demográficos en México hoy. Num.20. disponible en: [Demografica | Prevalencia de discapacidad en México, 2014 y 2018 \(somed.org\)](http://www.somede.org/Demografica/Prevalencia%20de%20discapacidad%20en%20M%C3%A9xico,%202014%20y%202018)
127. Rioja, Romina (2019). Programas y Servicios de cuidado a largo plazo en Chile. *Foro de cooperación económica Asia-Pacífico: Capacity building for mommunity Based Long Term Care*. 21 pp.
128. Ríos, G.; López S. (2017). *El “Derecho al cuidado” como derecho complementario del Derecho a la salud*. Universidad Autónoma Metropolitana. México. 12pp.
129. Rodríguez, Murillo (2019). Servicios y programas de atención a largo plazo en Costa Rica. *Foro de cooperación económica Asia-Pacífico: Capacity building for mommunity Based Long Term Care*. 18 pp.
130. Rodríguez, VA; Valenzuela, S (2012). Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediado rango para la enfermería profesional en chile. *Revista Electrónica trimestral de Enfermería*. No. 28. 316-322pp.

131. Rodríguez-Enríquez, C. (2015), “Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad”, Nueva Sociedad, 256.
132. Roser, M.*; Ortiz-Ospina, E.*; Ritchie, H. (2019). Life Expectancy. Our world in data. Disponible en: <https://ourworldindata.org/life-expectancy>
133. Samarodov, Vadim (2019). Long-term care services and programmes in Russian Federation. *Foro de cooperación económica Asia-Pacífico: Capacity building for community Based Long Term Care*. 12 pp.
134. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX* (2) 9-21 pp.
135. Secretaría de Bienestar (2021). *Centros Preventivos de Bienestar*. Gobierno de Puebla. Disponible en: <http://sb.puebla.gob.mx/centros-preventivos-de-bienestar>
136. Secretaría de Salud (2017). *Monitor de salud. Día internacional del adulto mayor*. Servicios de Salud del Estado de Puebla. Gobierno de Progreso. 22pp. Disponible en: https://ss.puebla.gob.mx/images/areas/adultos/Monitor_Adulto_Mayor.pdf
137. Secretaría de Salud (2020). *Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México 2020*. Subsecretaria de prevención y promoción de la salud. 9-15pp. Disponible en: [panoepid_ENT2020.pdf \(salud.gob.mx\)](https://ss.puebla.gob.mx/images/areas/adultos/Monitor_Adulto_Mayor.pdf)
138. Secretaría de Salud del Estado de Puebla (2022). *Semblanza de Facultades*. Disponible en: <https://ss.puebla.gob.mx/images/site/s-salud-veda.pdf>
139. Secretaría del Bienestar (2019). *Programa pensión para el Bienestar de las personas con discapacidad*. Disponible en <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/programa-pension-para-el-bienestar-de-las-personas-con-discapacidad>
140. Seguí, A.; Portalés, C.; Cabrelles, M.; Lerma, J. (2013). *Los sistemas de información geográfica: concepto, ventajas y posibilidades en el campo de la restauración*. Logía No. 24-25. 10pp.
141. Siles, J.; Solano, C. (2007). El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Rev. Cultura de cuidados*. No. 21. 19-27 pp.
142. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia SDIF (2017). *Asiste a un campamento recreativo para grupos vulnerables de Niñas, Niños y Adolescentes, Adultos Mayores y Personas con Discapacidad*. Disponible en:

- http://sitios.dif.gob.mx/tramites/preguntas_frecuentes/SolicitudAccesoCampamentosRecreativos.html
143. Sosa, E. (2020). *Documentos técnicos elaborados por INGER*. Canal de YouTube Instituto Nacional de Geriatria. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=EMB_NxIM_lg Min 10:01-22:43
 144. Statista Research Department (2019). Evolución anual del número de divorcios por cada 100 matrimonios en México entre 2005 y 2018. México. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/575077/evolucion-de-la-tasa-de-divorcio-en-mexico/>
 145. Tezanos, José Félix, (2000), *La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*, Madrid: Biblioteca Nueva
 146. Tigger, L. (1969). *Men in groups*. Random House. Nueva York. 254 pp.
 147. Trigas, M. (2008). *Índice de Katz: actividades básicas de la vida diaria ABVD*. CHU, Juan Canalejo. A Coruña. [IndiceDeKatz.pdf \(meiga.info\)](#)
 148. Ubasart, G; Minteguiaga, A (2017). *Esping- Andersen en América Latina. Estudio de los regímenes de bienestar**. Política y Gobierno. volumen xxIV · nÚmero 1. 213-236 pp.
 149. Universidad de Buenos Aires UBA (2010). *Sistema motor, control de movimiento*. Carrera de grado, psicología. 11pp. Disponible en : https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/048_neuro1/cursada/descargas/china_sistema_motor.pdf
 150. Universidad de las Américas Puebla UDLAP, (2009). *Resultados: La casa del Abue*. 44pp. Disponible: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/zaldivar_m_dm/capitulo4.pdf
 151. Universidad de Oxford (2021). *Léxico: significado cuidado*. Disponible en: <https://www.lexico.com/es/definicion/cuidado>
 152. UNRISD (2009). *La economía política y social del cuidado*. Conference news. Barnard College, Columbia University, Nueva York. 24p.p
 153. Vázquez-B., A. 2006 Surgimiento y transformación de clusters y milieus en los procesos de desarrollo Revista Eure, Vol. XXXII No.95. Santiago de Chile. Págs. 23-45
 154. Visiting Angel, 2014. *Servicios básicos, disponible en:* <https://visitingangels.com.mx/puebla/servi>

155. Zamorano, C.; Alba, M.; Caprón, G. y Gonzáles, S. (2012). *Ser viejo en una metrópoli segregada: adultos mayores en la ciudad de México*. 20pp.

ANEXOS: DOCUMENTOS DE AUTORIZACIÓN



BUAP

Oficio No. SIEP – MDECI/185/2022
Asunto: **Autorización de impresión**

Lic. Alma Lucero Rodríguez Morales
Maestría en Desarrollo Económico y
Cooperación Internacional
PRESENTE.

Por este conducto reciba un cordial saludo, asimismo y de la manera más atenta hago de su conocimiento que se autoriza la impresión de su trabajo de TESIS titulado:

“APROXIMACIÓN GEOGRÁFICA DE LA SITUACIÓN DE CUIDADOS A LARGO PLAZO EN EL MUNICIPIO DE PUEBLA DURANTE EL AÑO 2020”

Toda vez que ha presentado la liberación del asesor de Tesis y la comisión revisora se ha pronunciado en el mismo sentido.

Sin más por el momento, quedo de Usted.

Atentamente

"Pensar bien, para vivir mejor"

H. Puebla de Z, 10 de octubre de 2022

Dr. Alberto Castañón Herrera

Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado



c.c.p.- Archivo
D'ACH/cmtpp*



BUAP

Asunto: **Término de revisión
de tesis**

Dr. José de Jesús Rivera de la Rosa
Coordinador de la Maestría en Desarrollo
Económico y Cooperación Internacional
PRESENTE

*Me permito comunicarle que he cubierto la revisión de la TESIS de la Maestría en
Desarrollo Económico y Cooperación Internacional, elaborada por la*

LIC. RODRÍGUEZ MORALES ALMA LUCERO

Titulada:

**“APROXIMACIÓN GEOGRÁFICA DE LA SITUACIÓN DE CUIDADOS A LARGO PLAZO
EN EL MUNICIPIO DE PUEBLA DURANTE EL AÑO 2020”**

*Dicho trabajo reúne los requisitos necesarios para poder ser sometido a impresión,
por considerarlo satisfactorio.*

Atentamente
H. Puebla de Z., a 22 de septiembre de 2022

Dra. María Isabel Angoa Pérez
Revisora



BUAP

Asunto: **Termino de
Dirección**

Dr. José de Jesús Rivera de la Rosa
Coordinador de la Maestría en Desarrollo
Económico y Cooperación Internacional
P R E S E N T E

*Me permito comunicarle que he cubierto la asesoría de la TESIS de Maestría en
Desarrollo Económico y Cooperación Internacional de la:*

LIC. RODRÍGUEZ MORALES ALMA LUCERO

Titulada:

**“APROXIMACIÓN GEOGRÁFICA DE LA SITUACIÓN DE CUIDADOS A LARGO PLAZO
EN EL MUNICIPIO DE PUEBLA DURANTE EL AÑO 2020”**

Dicho trabajo reúne los requisitos necesarios para ser revisado.

Atentamente
H. Puebla de Z., a 13 de septiembre de 2022

Dr. Pedro M. García Caudillo
Director de tesis



BUAP

**Asunto: Término de revisión
de tesis**

**Dr. José de Jesús Rivera de la Rosa
Coordinador de la Maestría en Desarrollo
Económico y Cooperación Internacional
PRESENTE**

*Me permito comunicarle que he cubierto la revisión de la TESIS de la Maestría en
Desarrollo Económico y Cooperación Internacional, elaborada por la*

LIC. RODRÍGUEZ MORALES ALMA LUCERO

Titulada:

**“APROXIMACIÓN GEOGRÁFICA DE LA SITUACIÓN DE CUIDADOS A LARGO PLAZO
EN EL MUNICIPIO DE PUEBLA DURANTE EL AÑO 2020”**

*Dicho trabajo reúne los requisitos necesarios para poder ser sometido a impresión,
por considerarlo satisfactorio.*

**Atentamente
H. Puebla de Z., a 22 de septiembre de 2022**

**Dra. Karina Orozco Rocha
Revisora**