

¿Cuánto cuesta el cuidado en México? Costo económico e implicaciones para las cuidadoras de personas adultas mayores y no mayores con limitaciones en tres ciudades de México

How much does care cost in Mexico? Economic cost and implications for caregivers of older and non-elderly people with limitations in three cities of Mexico

Sagrario Garay Villegas

sagrario.garayvll@uanl.edu.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9087-5526>

Profesora-investigadora en el Departamento de Posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

En los países latinoamericanos, incluyendo México, la familia suele ser la principal fuente de apoyo cuando algún integrante lo requiere, y, dentro de ésta, son las mujeres las principales cuidadoras. En este artículo se tiene como objetivo analizar los costos económicos del cuidado y sus implicaciones para las cuidadoras informales de personas adultas mayores y personas que requieren cuidado en tres ciudades de México. La fuente de datos que se utiliza es la Encuesta sobre el Costo de los Cuidados a Personas Vulnerables (ECCPeV) 2017. Entre los principales resultados se encuentra que la principal causa de limitación en el grupo de menores de 60 años se asocia con alguna discapacidad cognitiva; mientras que, en las personas mayores, se debe a la presencia de diabetes e hipertensión. Los mayores gastos que realizan para el cuidado de las personas con limitaciones son en consultas médicas, medicamentos y transporte. Por último, las mujeres no presentan probabilidades de sobrecarga por el cuidado de sus familiares.

Palabras clave

Limitaciones
Cuidados
Costos
Mujeres
Ciudades



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional

Abstract

In Latin American countries, including Mexico, the family is usually the main source of support when a member requires it, and within this, women are the main caregivers. This article aims to analyze the economic costs of care and the implications for informal caregivers of older adults and people who require care in three cities in Mexico. The data source used is the 2017 Survey on the Cost of Care for Vulnerable Persons (ECCPeV). Among the main results is that the main cause of limitation in the group of people under 60 years of age is associated with some cognitive disability; while, in older people, it is due to the presence of diabetes and hypertension. The expenses they make the most for the care of people with limitations are medical consultations, medication and transportation. Finally, women are not likely to be burdened by caring for their family members.

Keywords

Limitations
Care
Costs
Women
Cities

Enviado: 13/09/24

Aceptado: 16/12/24

Introducción

En México, como en muchos otros países latinoamericanos, la familia es la principal fuente de apoyo material, económico y de cuidados. Sin embargo, esto no exime que dentro de ella se tengan conflictos, pues, como se ha señalado en la literatura, la familia es productora y reproductora de desigualdades, ya que al interior existen relaciones de poder y brechas de género que pueden ampliarse o reducirse dependiendo de la dinámica y composición familiar (Jelín, 1995). Por ejemplo, es sabido que cuando existen niños(as) pequeños(as) en el hogar, las mujeres son las principales cuidadoras, que pueden ser la propia madre, las hermanas o las abuelas (Robles, 2004). De igual forma cuando se tiene algún familiar enfermo o una persona adulta mayor que requiere de cuidados, regularmente son las mujeres las que se encargan de la atención a estas personas (Krmopotić y De Ieso, 2009; Vaquiro y Stiepovich, 2010; Valderrama, 2006).

Estudios recientes señalan un incremento de la participación masculina en actividades domésticas y las referidas al cuidado de los hijos/as (Figueroa, 2015; Rendón, 2003; Rojas, 2014). Sin embargo, aunque existen algunos pequeños cambios, la evidencia muestra que son las mujeres las que mantienen su presencia en las llamadas “funciones tradicionales” (quehaceres domésticos, cuidados de niños, adultos mayores y personas

con discapacidad) (García y Gomáriz, 2004). Este trabajo, por lo general, es invisibilizado y no remunerado, pero, sin duda, tiene implicaciones en la salud física y mental de las mujeres.

El tema del cuidado abarca una diversidad de aspectos; algunos investigadores han analizado las consecuencias del cuidado en las mujeres (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; Robles, 2001, 2004). A su vez, existen otros estudios que abordan los costos del cuidado a personas mayores, particularmente los cuidados de larga duración, mostrándose los costos de oportunidad de ser cuidador informal (es decir, lo que se deja de percibir de salario por no incorporarse al mercado de trabajo) y los costos individuales (los recursos que necesitan las personas adultas mayores para atender su dependencia ya sea en el hogar o en una institución) (Monteverde et al., 2008; Redondo et al., 2014). También se encuentran trabajos muy relevantes en los cuales se discuten las políticas de cuidado, el panorama actual y los desafíos futuros (Aguirre et al., 2014; Batthyány, 2015; Nieves y Robles, 2016).

Los diferentes aportes de las investigaciones sobre cuidados han permitido poner sobre la mesa de discusión distintos elementos a considerar en su análisis; sin embargo, es necesario abrir la investigación a un espectro más amplio de la población que requiere de cuidados y estimar no sólo los costos de oportunidad en términos del empleo que se deja por cuidar a algún familiar, sino también calcular los costos del cuidado que incluyan: medicamentos, tratamientos, alimentos, equipo, adecuaciones del hogar, etc.; y los costos para las cuidadoras:¹ niveles de estrés, presencia de enfermedades, atención médica, implicaciones familiares, etc. Lo anterior resulta relevante dado que en la medida en que se tenga un panorama sobre el costo de los cuidados y sobre las cuidadoras se podrá pensar en programas de apoyo para personas enfermas, con discapacidad y adultas mayores. Pues no debe olvidarse que la familia suele otorgar apoyos económicos y no económicos, en parte por las limitaciones en materia de leyes, programas y políticas de atención a la población que lo requiere. En ese sentido, el presente artículo busca analizar, para las tres ciudades más grandes de México: Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey, los gastos o costos económicos del cuidado de una persona

1 Este artículo se centra en las mujeres cuidadoras, sin embargo, esto no significa que no existan varones que ejerzan el cuidado y que experimenten implicaciones similares a las mujeres.

con limitaciones (adulta mayor y no adulta mayor) y algunas de las implicaciones físicas y emocionales en sus cuidadoras informales.

El estudio se centra en las ciudades mencionadas, dado que se deriva de una investigación realizada en 2017 en la cual se aplicó una encuesta en contextos urbanos de dichas metrópolis. Cabe decir que estas tres ciudades agrupan 10 % de la población total del país y se encuentran ubicadas en el centro (CDMX), occidente (Jalisco) y noreste del país (Nuevo León), lo cual permite tener una aproximación a las diferencias de cada contexto.

Un aspecto que destaca en las entidades mencionadas es que las tres presentan un porcentaje mayor de personas mayores similar o mayor al observado a nivel nacional (8.8 %): Ciudad de México (11.3 %), Jalisco (9.1 %) y Nuevo León (8.8 %). A su vez, la población que presenta algún tipo de discapacidad es de: 4.4, 4.0 y 3.2 %, respectivamente (INEGI, 2020). Un dato adicional son las condiciones socioeconómicas en las entidades: en Nuevo León se tienen bajos porcentajes de población en pobreza extrema (14.9 %), le sigue la Ciudad de México (19.6 %) y, por último, Jalisco con 23.1 % (Evalúa CDMX, 2020).

La normativa sobre los cuidados

En México los sistemas de protección social se centran en apoyos económicos por medio de pensiones o programas de apoyo a grupos específicos de la población, pero no se cuenta con un sistema de cuidados que atienda a personas con discapacidad o dependencia, e incluso de políticas que apoyen a las mujeres con hijos/as pequeños. Por ello, en general, los cuidados suelen recaer en las familias, particularmente en las mujeres (Matus-López 2015; Redondo et al., 2016). Lo anterior deja a un lado la corresponsabilidad del Estado, del mercado y de la comunidad que resulta fundamental para desfamiliarizar el cuidado. Es imprescindible que se reconozca y apoye a las personas cuidadoras, y que se otorguen los apoyos necesarios para poder llevar dicha actividad, además de ofrecerles cobertura universal en los servicios de salud; asimismo, generar marcos legales para proteger los derechos de las personas mayores y de las personas cuidadoras (Garay, 2022; Pautassi, 2023). De no avanzar en ello, la familia seguirá siendo la principal fuente de apoyo de sus familiares frente a la enfermedad y a las carencias económicas.

Normativa sobre los cuidados a personas adultas mayores

En el caso de las personas adultas mayores, el tema del cuidado ha quedado parcialmente integrado en la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores* promulgada en 2002, la cual surgió en un contexto de transición de una mirada asistencial hacia un enfoque de derechos de las personas mayores que comenzaba a darse como parte de la Conferencia de Población realizada en Beijing en 1994. Sin embargo, esta Ley carece de una visión de derechos, lo cual se explica porque fue aprobada antes de los planteamientos de dos instrumentos fundamentales para la protección de los derechos de las personas mayores: el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en 2013 y la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores en 2015 (Montes de Oca, Arroyo y Garay, 2018). Los artículos que hacen referencia a los cuidados en la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores* de México establecen lo siguiente (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2002):

Artículo III. [...] Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores (p. 5).

Artículo X. Los cuidados proporcionados a las personas adultas mayores por la familia, por los responsables de su atención y cuidado, o en su caso por las instituciones públicas o privadas que tengan a su cargo a estas personas, comprenderán los siguientes aspectos (p. 12):

- a. Las personas adultas mayores tendrán el derecho de ser examinados cuando menos una vez al año, para el mantenimiento de su salud y recibir los tratamientos que requieran en caso de enfermedad.
- b. Serán sujetos de la confidencialidad y participarán en las decisiones que sobre su estado de salud se generen.
- c. Tendrán derecho a una nutrición adecuada y apropiada

Claramente en la Ley se tiene en cuenta un tipo de cuidados, sobre todo aquellos relacionados con la atención a la salud; sin embargo, se mantiene un enfoque centrado en la familia como principal responsable de otorgar cuidado sin una clara corresponsabilidad del Estado y sin una visión de derechos de las personas mayores.

Por otra parte, en el ámbito internacional ha habido importantes avances que han permitido transitar a una visión de derechos de las personas mayores señalados en la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores (OEA, 2015) donde se definen dos conceptos centrales en relación al cuidado:

1. Cuidados paliativos. Se refiere a la atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Comprende al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan.
2. Persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo. Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado, ya sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios sociosanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio.

La Convención señala entre sus principios fundamentales el bienestar y el cuidado, pero también advierte que es necesario contar con la responsabilidad del Estado y la participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna.

Lo anterior pone de manifiesto la brecha existente entre una ley promulgada en 2002 en un país como México, que todavía desconocía la

temática del cuidado en toda su complejidad, y los planteamientos de la Convención Interamericana, la cual propone un instrumento vinculante para orientar las políticas dirigidas a las personas mayores del continente.

Normativa para la atención a los niños/as y adolescentes

En el caso de las personas menores de edad, se cuenta con la *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de diciembre de 2014, en su artículo 1º tiene entre sus objetivos (DOF, 2014):

- I) Reconocer a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; en los términos que establece el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- II) Garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes conforme a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano forma parte.

A su vez, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) es la institución encargada de cuidar el bienestar de niños, niñas y adolescentes, siendo su función principal la de atender casos de abandono o violencia a menores. Cuando se presenta este tipo de situaciones y hay una denuncia, el SNDIF interviene para procurar que los menores se reintegren a su familia, o bien, resguardarlos en casas hogar hasta encontrarles una familia adoptiva. Cabe decir, que el SNDIF también atiende las denuncias por maltrato o abandono de las personas mayores (SNDIF, 2020). El SNDIF tiene una visión centrada en la protección de la infancia y adolescencia, pero no contempla una visión de derechos en general, sólo se enfoca a quienes están en situaciones de riesgo, principalmente en el entorno familiar, siempre y cuando se interponga una denuncia. Sin embargo, desde esta normativa no se promueven los derechos de todos los menores, como el derecho a la educación, alimentación, la recreación, la salud, entre otros.

Sistema de cuidados: algunos avances

A diferencia de México, en algunos países latinoamericanos, como Uruguay y Cuba, se cuenta con políticas que atienden la dependencia. A su vez, países como Chile, Costa Rica y Ecuador han diseñado políticas de cuidado enfocadas a ciertos sectores poblacionales, como niños, niñas y sus madres, personas mayores y personas con discapacidad. En casi todos estos países, el apoyo a la población consiste en transferencias monetarias o bien en brindar la atención en albergues y hogares para personas mayores (Batthyány, 2015; Monteverde et al., 2016).

El asunto del cuidado y de las cuidadoras no debe ser exclusivo de la esfera privada de la familia; tampoco debe centrarse en la esfera pública. Necesita ser un tema que se discuta en *lo político*, es decir, en un terreno más amplio donde intervengan distintos actores, como las y los tomadores de decisiones, las cuidadoras y las propias personas mayores receptoras del cuidado. Es necesario, como dice Enríquez (2014), orientarnos hacia una colectivización del cuidado, pero, añadiríamos, con una clara y contundente responsabilidad del Estado.

En México han comenzado a presentarse algunos avances en relación con la creación de un sistema de cuidados, en abril de 2021, el Senado de la República en México aprobó cambios en la constitución que implican la modificación de los Artículos 4 y 73, en los cuales se señala el derecho al cuidado y la creación de un Sistema Nacional de Cuidados. Asimismo, se indica la importancia de que el Estado garantice el cuidado digno en personas con discapacidad, enfermos, niños/as, población adulta mayor y personas en condiciones de pobreza. Dicho cambio integra un principio de corresponsabilidad entre hombres, mujeres, Estado, familias, comunidad y mercado (Senado de la República, 2021). Esto representa un gran avance en términos del reconocimiento del cuidado como un trabajo que realizan las mujeres, la importancia de que se redistribuya entre los miembros de la familia y la corresponsabilidad que deben tener distintos actores en esta labor; sin embargo, aún falta generar las acciones concretas que hagan visibles los planteamientos señalados.

Datos y método

Como se mencionó anteriormente, el tema del costo de los cuidados ha tenido distintos ejes de análisis, enfocándose principalmente al costo de oportunidad de las mujeres que no trabajan por cuidar a sus familiares, o bien lo que cuesta cuidar a alguien con dependencia en el hogar en comparación con una residencia (Monteverde et al., 2008; Redondo et al., 2014). Sin embargo, no se conoce sobre los gastos que se realizan de forma más cotidiana en personas con limitaciones, lo cual no significa que sean dependientes, sino que tienen alguna enfermedad o limitación que les implica ayuda o cuidado para sus actividades de la vida diaria. Con esta idea es que se desarrolló una investigación más amplia cuyo objetivo fue conocer los costos económicos e implicaciones del cuidado informal a personas adultas mayores y no mayores con limitaciones; y niños/as menores de 6 años en tres ciudades de México: Guadalajara, Monterrey y Ciudad de México. La investigación contó con financiamiento del Fondo Sectorial INMUJERES-CONACYT (“Costo de los cuidados a población vulnerable” Clave: INMUJERES-2014-1-249402). Como parte de este proyecto se aplicó la Encuesta sobre el Costo de los Cuidados a Personas Vulnerables (ECCPeV) a finales de 2016, concluyéndola a mitad de 2017.

Los criterios de inclusión para las mujeres cuidadoras fueron los siguientes:

-Cuidadoras de enfermos crónicos y personas con alguna limitación física o mental que requieran de cuidados especiales o continuos.

-Cuidadoras de niños y niñas menores de 6 años, pues la literatura indica que la presencia de este grupo de edad en los hogares incide en la distribución y participación de las mujeres en sus actividades domésticas y extradomésticas (García y Pacheco, 2000).

-Cuidadoras de personas con 60 años o más; aunque no todas las personas mayores requieren de cuidados, algunos estudios indican que, conforme avanza la edad es muy probable que las personas presenten problemas de salud que requieran de atención y cuidados (Redondo, Manzotti y De la Torre, 2014).

Todas las mujeres debían ser cuidadoras informales, entendiéndose esto último como familiares o personas cercanas a la persona que cuidan sin recibir pago alguno por dicha actividad y que tampoco están capacitadas formalmente para ejercer el cuidado. Por otra parte, el término limitación engloba las dificultades que pueden tener las personas para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, las cuales pueden deberse a una discapacidad, enfermedad o deterioro físico.

La encuesta es representativa de las mujeres mayores de 12 años que otorgan algún cuidado a los miembros del hogar en las áreas urbanas de tres entidades del país (Nuevo León, Jalisco y Ciudad de México). Se calculó una muestra con un nivel de confianza de 95 % con un error de muestreo de 5 % y una tasa de no respuesta de 10 %; se obtuvieron 1 152 cuestionarios en total.

El diseño del cuestionario buscaba captar a distintos tipos de cuidadoras: las de personas con limitaciones mayores y menores de 60 años, y las cuidadoras de niños/as menores de 6 años sin limitaciones; considerando lo anterior, la ECCPeV estuvo compuesta por dos cuestionarios: uno de ellos dirigido a cuidadoras de personas que requerían algún tipo de cuidado de cualquier edad; otro, a cuidadoras de niños/as menores de 6 años. El interés de aplicar dos cuestionarios se debe a que la investigación realizada buscaba no sólo tener el panorama de mujeres que cuidan a enfermos o personas con alguna limitación, sino también a niños/as que no tienen enfermedades o discapacidad, de manera que se pueda diferenciar el tipo de costo en cada grupo.

En este artículo sólo se muestran los resultados correspondientes al cuestionario de cuidadoras de personas con limitaciones mayores y menores de 60 años. De la muestra total obtenida, 53.7 % correspondía a personas adultas mayores (60 años y más) con alguna limitación y 46.3 % a población menor de 60 años con alguna limitación.

Las encuestas se dirigieron a mujeres cuidadoras y eran ellas las encargadas de responder las preguntas sobre las personas que cuidaban. No obstante, en los casos en donde la persona que recibía cuidados estaba en condiciones físicas y mentales para informar sobre sus datos generales como edad, situación conyugal, escolaridad, número de hijos/as, entre otras, se les daba la opción de responder ese apartado. El resto de

las secciones dedicadas al cuidado, los costos y las condiciones de las cuidadoras lo respondían las mujeres encargadas del cuidado.

El análisis de la información presentada en este artículo se realiza de dos formas: en una primera etapa se describen las características de las personas con algún tipo de limitación, los servicios que cubre su seguro médico y los gastos que ejercen para atender su salud. Esto tiene como finalidad, dar cuenta de las características de las personas que requieren de algún tipo de cuidado y mostrar los gastos en los que se incurre para atender su salud (consultas médicas, terapias, medicamentos, prótesis, etc.), así como aquellos relacionados con su cuidado (labores domésticas, alimentación, transporte, etc.).

Posteriormente, dadas las implicaciones que se han documentado sobre el estrés y sobrecarga que experimentan las cuidadoras (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; Robles, 2001, 2004), se busca, por medio de un modelo logístico binomial, estimar las probabilidades de que las mujeres cuidadoras presenten algunos síntomas de estrés como:

- Sentirse agotada cuando tiene que estar junto a su familiar.
- Creer que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar.
- Desear poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona.
- Sentirse muy sobrecargada al tener que cuidar a su familiar.

Como factores explicativos, y teniendo en cuenta lo encontrado por otros estudios, se considera que la participación en el mercado de trabajo de las mujeres cuidadoras incidirá en los niveles de estrés y sobrecarga del cuidado; lo mismo con las horas mensuales dedicadas al cuidado, ya que, generalmente, una misma persona es la que lleva la mayor parte del cuidado, aunque la apoyen otros familiares, de tal manera que el agotamiento suele presentarse para la principal cuidadora (García y Gomáriz, 2004); el parentesco con la persona que cuidan es otro elemento a considerar, debido a que son las parejas las que suelen ejercer en primer lugar el cuidado y, en segundo lugar, las hijas (Valderrama, 2006). Asimismo, se incluye la ciudad de residencia como una variable para determinar las diferencias o similitudes de las mujeres en las distintas entidades.

Resultados

Características de las personas con limitaciones

Entre las principales características del grupo de personas menores de 60 años con alguna limitación, se observa una edad mediana entre 11 y 19.5 años; en Guadalajara (GDL) y Monterrey (MTY) hay un predominio de hombres; en estas dos últimas ciudades, se observa que un alto porcentaje cuenta con estudios de primaria, destacándose que en Monterrey cerca de 40 % cuente con otro tipo de estudios, que podrían corresponder a educación especial, relacionada con un proceso terapéutico. El estado conyugal que predomina es de soltero/a, aunque llama la atención que en la Ciudad de México (CDMX), cerca de 25 % se encuentran casados/as o unidos/as; lo mismo pasa con tener hijos/as, la mayoría no los tiene, sin embargo, en la CDMX un alto porcentaje declaró tenerlos (24.2 %). La mayoría no tienen ingresos por pensión o jubilación; y, excepto por la CDMX, más de 90 % cuenta con acceso a servicios médicos. Una alta proporción de las personas menores de 60 años con limitaciones no trabaja en GDL y MTY, mientras que en la CDMX 18.1 % declaró hacerlo (Tabla 1).

En el grupo de personas de 60 años y más la edad mediana oscila entre 73 y 76.5 años en las ciudades consideradas; existe un mayor porcentaje de mujeres que requiere de cuidados; los niveles de escolaridad de esta población son bajos, y predomina el nivel educativo de primaria; destaca una alta proporción de personas sin escolaridad en GDL (31.6 %); la situación conyugal que sobresale en este grupo es la viudez y vivir en pareja; la mayoría tiene hijos/as; más de la mitad recibe ingresos por pensión o jubilación, siendo mayor la cifra para MTY; la mayoría accede a derecho a servicios médicos; y, excepto por la CDMX, más de 90 % no trabaja en la actualidad (Tabla 1).

Al indagar acerca de las enfermedades de las personas con limitaciones o discapacidad, se encontró que las limitaciones para las personas menores de 60 años se derivan principalmente de algún tipo de discapacidad cognitiva (parálisis cerebral, síndrome de Down, autismo, síndrome de Asperger); se observa una mayor presencia de estas enfermedades en MTY en comparación con la CDMX y GDL (Figura 1).

Tabla 1. Características de las personas con alguna limitación o discapacidad, 2017
 (Cifras en porcentajes).*

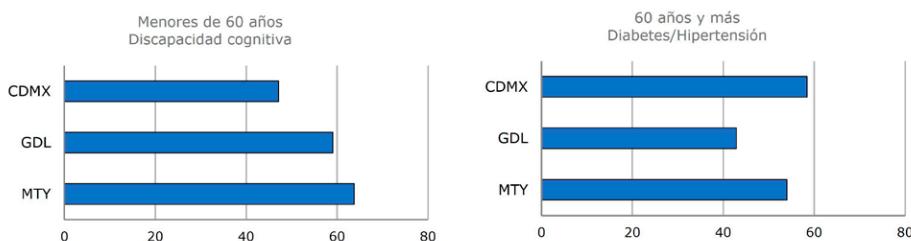
	Menores de 60 años			60 años y más		
	CDMX	GDL	MTY	CDMX	GDL	MTY
Edad mediana	19.5	14	11	76	73	76.5
Sexo						
Hombres	46.2	63.6	62.5	39.3	44.9	49.6
Mujeres	53.8	36.4	37.5	60.7	55.1	50.4
Escolaridad						
Sin escolaridad	24.2	22.2	7.8	17.9	31.6	5.3
Primaria	20.5	47.5	38.9	44.2	43.9	53.1
Secundaria	20.5	15.2	9.7	17.4	13.2	18.6
Preparatoria/carrera técnica	21.2	3	3.9	11	3	12.4
Profesional o más	12.9	1	0	8.4	7.1	10.6
Otro	0.8	11.1	39.8	1.1	1	0
Situación conyugal						
Soltero/a	68.2	83.7	96	5.8	8.3	4.4
Casado/a o unido/a	24.2	10.2	4	38.7	34.4	32.5
Separado/a o divorciado/a	4.5	4.1	0	7.9	12.5	4.4
Viudo/a	3	2	0	47.6	44.8	58.8
Tiene hijos/as						
Sí	29.5	14.4	4.2	95.2	91.8	97.3
No	70.5	85.6	95.8	4.8	8.2	2.7
Ingreso por pensión o jubilación						
Sí	11.5	10.2	7.6	54.2	49	67.5
No	88.5	88.8	91.3	45.8	51	32.5
Acceso a servicios médicos						
Sí	65.9	91.8	94.1	88.4	94.8	89.7
No	34.1	8.2	5.9	11.6	5.2	10.3
Actualmente trabaja						
Sí	18.1	3.1	3.1	14.5	4.1	7.3
No	81.9	96.9	96.9	85.5	95.9	92.7

*Excepto por la edad mediana que está en años, el resto de las cifras son porcentajes.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta sobre el Costo de los Cuidados a Personas Vulnerables (ECCPeV) 2017.

El panorama anterior cambia totalmente para las personas de 60 años y más, las enfermedades que predominan son la diabetes e hipertensión; en la mayoría de las personas encuestadas se tenía presencia de ambas condiciones, y en otros casos también se habían presentado complicaciones por ellas (amputación de pies, piernas, ceguera, insuficiencia renal, infarto cerebral). La proporción de personas que presentan dichas enfermedades es mayor en la CDMX y MTY (Figura 1).

Figura 1. Enfermedades con mayor presencia en las personas con limitaciones o discapacidad.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta sobre el Costo de los Cuidados a Personas Vulnerables (ECCPeV) 2017.

Gastos del cuidado

En la sección anterior fue posible observar que la mayoría de las personas con limitaciones contaban con acceso a servicios médicos. En ambos grupos de personas, tanto mayores como menores de 60 años, sus servicios de salud cubren las consultas médicas; lo mismo con las cirugías, aunque las personas menores de 60 años en la CDMX y GDL acceden en menor medida a éstas. Una proporción reducida cuenta con servicios de rehabilitación y los trasladados de una ambulancia al hospital. Los de rehabilitación se ofrecen más en la CDMX para los dos grupos de edad. Las consultas dentales, de nutrición y los medicamentos son otro servicio al que acceden ambas poblaciones. En relación con elementos como sillas de ruedas, muletas, bastones, camas ortopédicas, pañales, anteojos, aparatos auditivos o prótesis, así como apoyos de enfermería en casa, son casi inexistentes en los servicios con los que cuentan las personas; aunque destaca que en la CDMX se ofrezcan en mayor proporción este tipo de facilidades (Tabla 2).

Tabla 2. Servicios que otorga el seguro médico de las personas con limitaciones o discapacidad (Cifras en porcentajes).

	Menores de 60 años			60 años y más		
	CDMX	GDL	MTY	CDMX	GDL	MTY
Consulta médica	83.8	92.5	89.3	93.3	92.5	96.1
Cirugías	68.8	64.4	80.2	85.2	70.7	89.2
Servicios de rehabilitación	62.5	50.0	23.3	71.1	40.7	40.2
Servicios de enfermería en casa	7.5	7.7	2.7	11.5	5.5	2.9
Traslados de ambulancia casa-hospital	32.5	30.4	24.3	48.3	28.6	37.9
Consulta con dentista	40.0	68.8	74.6	67.8	73.6	81.6
Consulta con nutrición	46.2	72.0	75.2	67.8	70.3	76.5
Medicamentos	66.2	79.1	91.0	80.4	89.2	89.3
Silla de ruedas, bastones, muletas	11.2	6.5	5.5	17.4	1.1	6.9
Cama ortopédica	5.0	2.2	3.6	4.1	0.0	2.9
Pañales	7.6	2.2	0.9	5.4	1.1	2.0
Anteojos	17.9	0.0	4.5	17.3	2.2	2.0
Aparatos auditivos	6.5	0.0	0.9	11.5	1.1	2.0
Prótesis dentales	13.0	6.7	0.9	14.4	2.2	2.9
Prótesis de otro tipo	11.4	3.8	2.1	10.2	6.3	9.4

Fuente: Elaboración propia con datos de la (ECCPeV) 2017.

A pesar de que una alta proporción de las personas consideradas tiene acceso a servicios médicos, existen otros gastos que se hacen, ya sea porque no se les ofrecen, o bien porque la calidad o su abastecimiento es limitado. En ambos grupos, destaca que un alto porcentaje de las personas gasta en consulta médica, que representa un costo menor entre las personas menores de 60 años (entre 160 y 270 pesos mensuales) y más alto entre las personas mayores (entre 100 y 500 pesos mensuales). En el primer grupo el costo más alto se presenta en la CDMX y en el segundo grupo, en la ciudad de MTY es más alto el gasto en consulta médica (Tabla 3).

Otros gastos que se ejercen con frecuencia en las distintas poblaciones y ciudades son el transporte y la compra de medicamentos. En el caso de GDL y MTY el gasto en transporte es más alto comparado con el de la CDMX; y el gasto en medicamentos es más alto para las personas menores de 60 años de la CDMX y para las personas mayores en GDL (Tabla 3).

Existen otros gastos que se realizan para el cuidado, y que son diferenciales entre los grupos analizados. Por ejemplo, los servicios de enfermería entre la población menor de 60 años son frecuentes en MTY. Del resto de los gastos considerados, destaca el gasto en pañales, el cual es requerido por más de 20 % de las personas y su costo oscila entre 400 y 500 pesos mensuales (Tabla 3).

Si bien los gastos anteriores podrían no parecer onerosos, hay que considerar que en México el salario mínimo mensual en 2017 equivalía a 2 400 pesos, por lo que si se tomaran en cuenta los gastos más frecuentes, como consulta médica, transporte y medicamento, el gasto mensual promedio de las familias sería de 800 a 1 200 pesos para las personas menores de 60 años, y entre 900 y 1 500 pesos para la población mayor de 60 años; es decir, el gasto ejercido representaría, en algunos casos, cerca o más de la mitad de un salario mínimo mensual. Dicho dato es relevante, dado que la mayoría de las personas mayores no acceden a una pensión contributiva y dependen de los apoyos económicos de sus familiares para sus gastos cotidianos y de salud. En 2018 se comenzó a otorgar una pensión no contributiva por parte del gobierno federal que ha permitido que las personas mayores cuenten con un ingreso propio para cubrir algunos de sus gastos; no obstante, sigue siendo insuficiente el monto cuando se padece una enfermedad crónica y no se accede a servicios de salud.

Tabla 3. Servicios que se pagan y gasto mediano mensual por servicio, 2017.

	Menores de 60 años					
	CDMX		GDL		MTY	
	%	\$	%	\$	%	\$
Consulta médica	58.8	276	40.4	161	66.4	207
Servicios de enfermería	11.5	345	13.1	299	39.7	253
Servicios de trabajo doméstico	10	1173	1	644	0	---
Servicios de cuidados	5.5	966	4	759	5.3	805
Transporte (taxi)	53.8	207	69.4	322	69.8	529
Medicamento	59.8	759	46.5	368	53	529
Pañales	20.8	529	27.6	552	35	437
Comida especial	11	759	14.3	851	10.3	759

Tabla 3. Continúa.

	60 años y más					
	CDMX		GDL		MTY	
	%	\$	%	\$	%	\$
Consulta médica	26.1	437	28.1	115	41.2	529
Servicios de enfermería	11.2	2162	3.2	437	10.6	644
Servicios de trabajo doméstico	15.3	759	8.3	2369	11.3	1403
Servicios de cuidados	9.5	1081	4.2	2369	3.5	4301
Transporte (taxi)	42.3	207	52.1	345	41.2	437
Medicamento	46.6	529	49	805	54.4	598
Pañales	23.1	529	27.4	552	27.4	529
Comida especial	9.7	1357	18.8	1518	16.7	529

Fuente: Elaboración propia con datos de la (ECCPeV) 2017.

Las implicaciones del cuidado en las cuidadoras

Es sabido que cuando se ejerce el cuidado, éste generalmente recae en las mujeres, pero también que suele ser la misma persona la que pasa la mayor parte del tiempo con quien requiere del cuidado y muy pocas veces cuenta con el apoyo de otros familiares. Esto casi siempre se traduce en síntomas de agotamiento, sobrecarga y estrés por parte de las mujeres cuidadoras. Estudios señalan que el cuidado de una persona enferma o con discapacidad trae consigo síntomas de estrés asociados con una sobrecarga física y emocional. A nivel físico, puede presentarse como cansancio, dolores de cabeza, problemas para dormir, digestivos, entre otros. En el aspecto emocional, quienes cuidan padecen altos niveles de estrés, que les generan síntomas depresivos y de ansiedad (Barrón y Alvarado, 2009). En los grupos considerados en este artículo, las labores de cuidado las ejerce principalmente una persona, que suele ser la madre (sobre todo en los menores de 60 años) y la pareja o hija (en el caso de las personas adultas mayores). La mayoría (más de 90 %) mencionó ejercer el cuidado a diario. Es decir, las mujeres son cuidadoras primarias, lo cual las lleva a ser sujetos con altas probabilidades de padecer sobrecarga física y emocional.

Al indagar sobre los factores que podrían estar influyendo en diversos síntomas de preocupación o estrés se encontró que, para las cuidadoras de menores de 60 años, quienes no están en el mercado laboral muestran menores probabilidades de sentirse agotadas, preocupadas por el dinero y desear encargar el cuidado a otra persona. A su vez, a medida que aumentan las horas dedicadas al cuidado se incrementan las propensiones de sentir que no disponen del dinero suficiente para cuidar a su familiar (Tabla 4). Cabe recordar que, en el caso de los menores de 60 años, quienes cuidan principalmente son las madres y que la mayoría de quienes reciben cuidado presentan una discapacidad, por lo que es posible que estas mujeres no se hayan incorporado al mercado y por ello no es una variable que esté incidiendo en sus condiciones de estrés; sin embargo, esto cambia cuando dedican más horas al cuidado, lo cual incrementa sus probabilidades de estresarse, sobre todo por la falta de dinero.

El parentesco no muestra diferencias significativas en los distintos síntomas de desgaste; destaca que, excepto por sentirse sobrecargada, en el resto de las categorías consideradas las hijas, madres y parejas muestren menores probabilidades de agotamiento, preocupación, etc. en comparación con otros familiares. A su vez, las mujeres cuidadoras de Monterrey muestran menores probabilidades de tener estrés o agotamiento por el cuidado, en comparación con la Ciudad de México, y su diferencia es estadísticamente significativa (Tabla 4). Habría que analizar si existen algunos elementos del contexto que estén incidiendo en esta percepción de las mujeres, como apoyos estatales o se debe a una visión más tradicional de las mujeres de asumir el cuidado como un deber ser y que ello les haga sentir menos estrés. Por ejemplo, algunos estudios han indicado que el cuidado producirá satisfacción o insatisfacción en la medida en que afecte o no la vida personal, familiar y la economía de quienes cuidan, o también si está presente o no un sentimiento de resignación (Pérez et al., 2012).

En el caso de las cuidadoras de personas mayores de 60 años, estar o no incorporadas al mercado laboral no muestra diferencias estadísticamente significativas para presentar algún síntoma de agotamiento o estrés; lo mismo ocurre con el número de horas dedicadas al cuidado (Tabla 4).

Tabla 4. Momentos de probabilidades de las mujeres cuidadoras de presentar distintos síntomas de estrés según diversas características, 2017.

	Se siente agotada cuando tiene que estar cerca de su familiar	Cree que dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar	Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona	Se siente sobrecargada al tener que cuidar a su familiar
Menores de 60 años	<i>Exp (B)</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>Exp (B)</i>
Trabaja				
Sí	1.000	1.000	1.000	1.000
No	0.600 *	0.622 **	0.492 *	0.674
Horas mensuales dedicadas al cuidado	1.001	1.001 **	1.001	1.000
Parentesco de la cuidadora				
Otro parentesco	1.000	1.000	1.000	1.000
Hija	0.596	0.570	0.931	0.597
Madre	0.859	0.913	0.743	1.281
Cónyuge/pareja	0.771	0.514	0.994	1.033
Ciudad de residencia				
Ciudad de México	1.000	1.000	1.000	1.000
Guadalajara	0.729	0.648	1.454	1.051
Monterrey	0.410 *	0.442 *	0.606	0.477 *
60 años y más				
Trabaja				
Sí	1.000	1.000	1.000	1.000
No	1.020	0.834	1.456	0.902
Horas mensuales dedicadas al cuidado	0.998	1.000	0.999	0.999
Parentesco de la cuidadora				
Otro parentesco	1.000	1.000	1.000	1.000
Hija	0.372 *	0.342 *	0.889	0.661
Madre	1.219	0.720	0.671	1.087
Cónyuge/pareja	0.999	0.321 *	1.020	0.697
Ciudad de residencia				
Ciudad de México	1.000	1.000	1.000	1.000
Guadalajara	0.138 *	0.435 *	0.301 *	0.288 *
Monterrey	0.449 *	0.744	0.579 **	0.369 *

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.10$

(ref.) Categoría de referencia

Fuente: Elaboración propia con datos de la (ECCPeV) 2017.

Las hijas presentan menores probabilidades de sentirse agotadas y creer que no disponen del dinero suficiente para el cuidado, y su diferencia es significativa con respecto al resto de las categorías. De la misma manera ocurre con las parejas de las personas mayores, quienes se muestran menos propensas a experimentar preocupación por la falta de recursos económicos para el cuidado (Tabla 4). Lo anterior podría estar relacionado con la obligación filial que asumen las cuidadoras que les impide reconocer el cuidado como un trabajo; además, puede haber detrás de ello un temor a ser sancionadas socialmente si reconocen que el cuidado es difícil y estresante. También puede variar dependiendo del tipo de cuidado que ejercen, a diferencia de los menores de 60 años que presentan discapacidades físicas y mentales (en muchos casos de nacimiento); para las personas adultas mayores su limitación no necesariamente las coloca como dependientes y ello puede aliviar el cuidado.

Las diferencias por ciudades muestran que tanto en Guadalajara como en Monterrey las mujeres tienen pocas probabilidades de presentar síntomas de estrés por el cuidado, en comparación con la Ciudad de México; destaca que las mujeres cuidadoras en Guadalajara tengan más bajas probabilidades de presentar estrés en comparación con las otras dos ciudades (Tabla 4). Lo anterior podría explicarse porque tanto Guadalajara como Monterrey son ciudades más pequeñas comparadas con la Ciudad de México y, probablemente, las condiciones de movilidad, trabajo y redes de apoyo sean más complicadas en esta última; sin embargo, se requiere que se analicen las condiciones en las que viven las personas en dichas ciudades, su contexto socioeconómico, los apoyos que reciben y sus redes familiares.

Discusión y conclusiones

Los resultados presentados muestran que las poblaciones con limitaciones o discapacidad tienen diferencias en la causa de su discapacidad según el grupo de edad que se considere. En el caso de las personas menores de 60 años se encontró que la edad mediana apunta a una población de niños/as y jóvenes que requieren de cuidado, principalmente, por enfermedades de tipo cognitivo, muchas de ellas presentadas desde su nacimiento (parálisis cerebral, síndrome de Down, autismo). Sobre todo, esto predomina en las ciudades de Guadalajara y Monterrey; sólo en la Ciudad de México se presenta una edad un poco mayor y las causas

de dicha discapacidad, en algunos casos, fueron ocasionadas por otra enfermedad,² esto se refleja en sus características sociodemográficas, al haber mayor proporción de personas casadas, con hijos/as y con mayor participación en el mercado de trabajo.

Lo anterior fue diferencial en comparación con el grupo de personas de 60 años y más, quienes presentaban limitaciones en sus actividades, principalmente por enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y la hipertensión, y las secuelas que en algunos casos han tenido. Las características sociodemográficas de la población mayor fueron similares en las distintas ciudades analizadas, excepto en el caso de la recepción de ingresos por pensiones, en donde Monterrey mostró mayor proporción de personas que reciben este tipo de ingreso, lo cual se explica por la alta presencia de empleos formales que históricamente ha tenido esta ciudad y que ha permitido la obtención de una pensión contributiva en la vejez (Garay y Montes de Oca, 2011). En cambio, en la Ciudad de México se cuenta con altas tasas de participación en empleos informales (INEGI, 2020), lo cual implica que al jubilarse las personas no acceden a una pensión contributiva; reflejo de ello, es que, cerca de 15 % de las personas con 60 años y más con limitaciones continúan trabajando.

Por otro lado, al presentar los gastos que se tienen frente al cuidado ha sido interesante observar que, a pesar de que la mayoría de los grupos analizados cuenta con acceso a consultas, cirugías y medicamentos, una gran parte de la población está gastando en esos mismos rubros, sobre todo en consultas y medicamentos. Una posible explicación al respecto, y que ha sido observada en otros estudios, es la mala calidad en la atención de la salud pública y la falta de medicamentos; es común que en las instituciones públicas de salud el tiempo de espera para consulta sea largo y que la distribución de medicamentos sea limitada y, en ocasiones, no se proporcionen a los pacientes que los requieren (Arroyo y Vázquez, 2016).

A pesar de que los principales gastos que se hacen son en consultas, medicinas y transporte, es importante señalar otros servicios que podrían ser requeridos por la población con limitaciones o discapacidad y que

2 En la Ciudad de México, 16 % de las personas que se consideraron en el estudio declararon la epilepsia, como causa de sus limitaciones.

generalmente no son ofrecidos por las instituciones de salud pública, pero que es posible que tampoco puedan ser cubiertos por las familias de las personas que requieren cuidado. Tal es el caso de servicios de rehabilitación, enfermería, así como materiales que faciliten el cuidado como bastones, sillas de ruedas, pañales, entre otros. Sólo en la Ciudad de México destaca que, para una alta proporción de personas, los servicios de salud (en comparación con GDL y MTY) ofrezcan rehabilitación, anteojos y distintos tipos de prótesis. Esto último se podría explicar porque la Ciudad de México ha sido pionera en implementar programas de apoyo a personas mayores, acceso a la salud y pensiones no contributivas universales y se ha generado la infraestructura para proteger a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad (mujeres, personas mayores y personas con discapacidad), al mismo tiempo que se han generado mecanismos para evitar su discriminación (Montes de Oca, 2013).

Como es evidente, los datos mostrados han permitido dar cuenta de que los costos económicos de cuidar a una persona con limitaciones o discapacidad no son fáciles de absorber por una familia con un salario mínimo, sobre todo si el número de perceptores de ingresos se reduce cuando alguien se queda en casa para ejercer las labores de cuidado (las mujeres). A su vez, si se piensa en el sostentimiento de dichos gastos en el largo plazo, el panorama varía completamente entre los grupos considerados. Por un lado, entre los menores de 60 años se debe considerar que cuando la discapacidad aparece desde el nacimiento, su cuidado y atención puede abarcar varias décadas, algunos estudios señalan que se pueden evitar las muertes tempranas de personas con discapacidad intelectual, siempre y cuando tengan una atención adecuada (Heslop et al., 2013). Lo anterior implica que se cuenta con servicios de salud de calidad, pero que el ejercicio de cuidado también debe de sostenerse por varios años. En el caso de las personas mayores, se presenta un panorama similar que, si bien no implica un cuidado desde el nacimiento, la alta presencia de enfermedades crónico-degenerativas puede ocurrir desde tempranas edades e implicar tratamientos durante dos o tres décadas, tiempo en el que debe de hacerse un seguimiento por parte de profesionales de la salud y las personas deberían adherirse al tratamiento. A diferencia del primer grupo, si la enfermedad se detecta en etapas tempranas y se tiene la atención adecuada, las personas mayores podrían mantenerse más autónomas y no requerir de cuidado por otra persona; sin embargo, ante sistemas de salud fragmentados como los de México y con alta presencia

de obesidad, la atención temprana a la salud no es un patrón común y la detección de enfermedades suele ocurrir en etapas más avanzadas (Hernández-Romieu et al., 2011).

Al analizar algunas de las implicaciones en las cuidadoras de personas con limitaciones o discapacidad, en los distintos grupos considerados, predominaron las menores probabilidades de presentar síntomas de agotamiento o desgaste para las mujeres, a pesar de distinguirse por distintas características. Particularmente, en el caso del parentesco, todas las cuidadoras que son hijas, madres o parejas son menos propensas a declarar algún tipo de afección por el trabajo de cuidado, comparadas con las que tienen otro parentesco. Esto podría ser un reflejo de que el cuidado se asume como una obligación filial por las personas más cercanas a la persona que lo requiere, y por ello mismo no existen cuestionamientos o reconocimiento de sus implicaciones (Montes de Oca, Garay y Arroyo, 2018). Basta recordar que las principales cuidadoras de las personas menores de 60 años son las madres y, en el caso de las personas mayores, son las hijas y parejas las que cuidan de sus familiares, y con ello se esperaría que declararan mayor sobrecarga; sin embargo, parecen asumir un rol en función del otro, ya sea como madre, esposa o hija, pero no como sujeto autónomo (Lagarde, 2014).

En estudios posteriores debería de considerarse la capacidad que tendrán las familias para el sostenimiento del cuidado de sus familiares, no sólo en términos económicos, sino también en evitar la perpetuación de las desigualdades en la distribución del trabajo de cuidados, que recae principalmente en las mujeres. La creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y la disminución en los niveles de fecundidad, ponen en cuestionamiento la sostenibilidad de los cuidados de sus familiares dependientes. Por ello, existe una urgente necesidad de visualizar el cuidado como un trabajo, pero también como un derecho que deben tener las personas que lo requieren y ejercer aquellas que lo desean; lo anterior implica que el Estado se involucre en ello y genere la infraestructura y apoyos necesarios para que éste no siga siendo una actividad que recaiga en las familias (es decir, las mujeres). Para ello, se podrían plantear programas que otorguen apoyos económicos a las mujeres que son cuidadoras de sus familiares, de manera que no sólo se les reconozca su trabajo, sino que reciban una remuneración por ello. Asimismo, se deberían de generar instituciones de cuidado que permitan no sólo atender

a la población con altos niveles de dependencia, sino que sirvan como residencias de día, en las que las personas con alguna limitación puedan recibir atención durante un periodo de tiempo, todos los días. Este último modelo de instituciones existe para las personas mayores y se conocen como casas de día, suelen estar a cargo de SNDIF, pero generalmente acceden aquellas personas que pueden moverse y que son mucho más autónomas; se tendría que replicar este modelo para población con discapacidad, adulta mayor y no mayor. En los programas que otorgan apoyos económicos a las personas con limitaciones o discapacidad se deberían de incorporar apoyos específicos para transporte, medicamentos, sillas de ruedas, bastones, entre otros.

Referencias

- Aguirre, R., Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2014). Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 50, 43-60. <https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/4823317>
- Arroyo, C., Ribeiro, M. y Mancinas, S. (2011). *La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales*. Monterrey, N.L.: UANL.
- Arroyo, C. y Vázquez, L. (2016). Percepción de personas mayores sobre la atención recibida en instituciones de salud de la ciudad de Durango. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 11(21), 144-172. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2016.21.12>
- Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*. Santiago de Chile: CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37726-politicas-cuidado-america-latina-mirada-experiencias-regionales>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2002). Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. *Diario Oficial de la Federación*, 25 de junio. Última reforma: 27 de diciembre de 2016. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>
- DOF. Diario Oficial de la Federación. (2014). Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de diciembre de 2014. <https://www.gob.mx/sipinna/documentos/ley-general-de-los-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentes-reformada-20-junio-2018#:~:text=Tiene%20por%20objeto%2C%20entre%20otros%2C%20reconocer%20a%20ni%C3%B1as%2C,humanos%2C%20conforme%20a%20lo%20establecido%20en%20la%20Constituci%C3%B3n>

- Enríquez, R. (2014). Feminización y colectivización del cuidado en la vejez. *CADERNOS DE PESQUISA*, 44(152) (abril/junio), 378-399. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6209406>
- Evalúa CDMX. (2020). Medición de la Pobreza y la Desigualdad en la Ciudad de México (MMIP) Periodo 2012-2018, anexo estadístico, actualización marzo 2020. <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/principales-atribuciones/medicion-de-la-pobreza-y-desigualdad>
- Figueroa, J.G. (2015). El ser hombre desde el cuidado de sí: algunas reflexiones. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 7, 121-138. DOI: 10.17151/rlef.2015.7.8
- García, A. y Gomáriz, E. (2004). *La perspectiva de género y mujeres rurales en las estrategias políticas de desarrollo territorial sostenible*. IICA. Serie cuaderno técnico núm. 24.
- García, B. y Pacheco, E. (2000). Esposas, hijos e hijas en el mercado de trabajo de la Ciudad de México en 1995. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 15(1), 35-63 <https://doi.org/10.24201/edu.v15i1.1066>
- Garay, S. y Montes de Oca, V. (2011). La vejez en México: una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores. *Perspectivas Sociales/Social Perspectives*, 13(1), 143-165. <https://dialnet.unirioja.es/revista/12994/V/13?anualidad=2011>
- Garay, S. (2022). Políticas de cuidados a personas mayores: una mirada desde las cuidadoras. En Cordera, R., Pasantes, H. y Molina, S. (coords.). *La vejez en México en el siglo XXI. Desafíos individuales y sociales*. Cuadernos del Seminario. Seminario de Cultura Mexicana.
- Hernández-Romieu, A., Elnecavé-Olaiz, A., Huerta-Uribe, N. y Reynoso-Noverón, N. (2011). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública Mex*, 53, 34-39. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000100006
- Heslop, P., Blair, P., Fleming, P., Hoghton, M., Marriot, A. y Russ, L. (2013). The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. *Lancet*, 383, 889-895. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62026-7
- INEGI. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2020). Censo de Población y Vivienda. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccp/v/2020/default.html#Tabulados>
- Jelín, E. (1995). Familia y género: notas para el debate. *Estudios Feministas*, año 3, 2do semestre.

- Krmpotic, C. y De Ieso, K. (2009). Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género. *Rev. Katál Florianópolis*, 13(1), 95-101. <https://www.redalyc.org/pdf/1796/179615654011.pdf>
- Lagarde, M. (2014). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, presas, putas y locas*. México: Siglo XXI Editores/UNAM.
- Matus-López, M. (2015). Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. *Salud Colectiva*, 11(4), 485-496. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.785>
- Montes de Oca, V. (2013). La discriminación hacia la vejez en la Ciudad de México: contrastes sociopolíticos y jurídicos a nivel nacional y local. *Perspectivas Sociales*, 15(1), 47-80. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/366075>
- Montes de Oca, V., Garay, S. y Arroyo, C. (2018). Los cuidados en el envejecimiento. En ONU-Mujeres, *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (pp. 139-151). México: ONU-Mujeres.
- Monteverde, M., Noronha, K., Palloni, A. y Angeletti, K. (2008). Costos individuales esperados de cuidados de larga duración en Buenos Aires, México y Puerto Rico. Ponencia presentada en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Córdoba, Argentina.
- Monteverde, M., Tomas, S., Acosta, L. y Garay, S. (2016). Envejecimiento poblacional y magnitud de la dependencia en Argentina y México: perspectiva comparada con España. *Revista Latinoamericana de Población*, 18(19), 135- 154. <https://doi.org/10.31406/relap2016.v10.i1.n18.6>
- Nieves, M. y Robles, C. (2016). *Políticas de cuidado en América Latina. Forjando la igualdad*. Santiago de Chile: CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40628-politicas-cuidado-america-latina-forjando-la-igualdad>
- Pautassi, L. (2023). *El derecho al cuidado. De la conquista a su ejercicio efectivo*. Fundación Friedrich-Ebert-Stiftung. <https://library.fes.de/pdffiles/bueros/mexiko/20144.pdf>
- OEA. Organización de Estados Americanos. (2015). *Asamblea general. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Redondo, N., Manzotti, M. y De la Torre, E. (2014). ¿Cuánto cuesta y quién paga la dependencia en las personas mayores? Buenos Aires: Del Hospital Ediciones.

- Redondo, N., Garay, S., Guidotti, C., Rojo-Pérez, F., Rodríguez, V., Díaz, M. y Llorente, M. M. (2016). ¿Cómo afecta la discapacidad al entorno residencial de las personas mayores? Un estudio comparado en países iberoamericanos. Ponencia presentada en el VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población y el XX Encuentro Nacional de Estudios Poblacionales, realizado en Foz do Iguaçu/PR- Brasil, del 17 al 22 de octubre.
- Rendón, T. (2003). *Trabajo de hombres y trabajo de mujeres en el México del siglo XX*. México: CRIM-UNAM.
- Robles, L. (2001). El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 48, 561-584. <https://doi.org/10.24201/edu.v16i3.1109>
- Robles, L. (2004). El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención. *Cad. Saude Pública*, 20(2), 618-625. <https://scielosp.org/article/csp/2004.v20n2/618-625/#:~:text=Este%20trabajo%20destaca%20la%20importancia%20del%20cuidado%20en,deber%20ser%20conceptualizado%20como%20un%20proceso%20de%20autoatenci%C3%B3n>
- Rojas, O. (2014). *Estudios sobre la reproducción masculina*. México: El Colegio de México.
- Senado de la República (2021). Coordinación de Comunicación Social. <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/50745-sistema-nacional-de-cuidados-fundamental-para-la-igualdad-de-derechos-afirman-en-el-senado.html>
- SNDIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (2020). <https://www.gob.mx/difnacional/es/#8121>
- Valderrama, M. J. (2006). El cuidado, ¿una tarea de mujeres? *Vasconia*, 35, 373-385. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2252449>
- Vaquiro, S. y Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*, XVI(2), 9-16. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>