



DIAGNÓSTICO
ESTATAL DE
**CUIDADOS
DE JALISCO**

SÍNTESIS / DICIEMBRE 2025

Citación sugerida:

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Jalisco (Sistema DIF Jalisco) (2025). Diagnóstico Estatal de Cuidados de Jalisco.

©2025, Sistema DIF Jalisco

Av. Fray Antonio Alcalde 1220, Miraflores, C.P. 44270

Guadalajara, Jalisco, México.

Impreso en México / *Printed in Mexico*

La reproducción total o parcial, directa o indirecta, del contenido de la presente obra, por cualquier medio, debe contar con la autorización expresa y por escrito del titular de los derechos patrimoniales, y siempre y cuando se cite la fuente, en términos de lo así previsto por la Ley Federal del Derecho de Autor y, en su caso, de los tratados internacionales aplicables.

Directorio

Maye Villa de Lemus

Presidenta del Sistema DIF Jalisco

Diana Berenice Vargas Salomón

Dirección General del Sistema DIF Jalisco

María Dolores Buenrostro Bermúdez

Subdirección General de Seguridad Alimentaria

León Delgadillo Rosas

Subdirección General Operativa

Eduardo Solorio Alcalá

Subdirección General de Inclusión

Sandra Paola Trelles Rivas

Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Jalisco

Gustavo Vaca Medina

Subdirección General Administrativa

Engracia Alejandrina Vuelvas Acuña

Subdirección General de Desarrollo Comunitario y Apoyo Municipal

Lorena Michele Becerra Álvarez

Dirección de Enlace y Giras

José Antonio Castañeda Castellanos

Dirección Jurídica

Irving Dario Castillo Cisneros

Dirección de Planeación Institucional

Arlette Chapoy Gómez

Dirección de Procuración de Fondos

Rosa Nelly Landeros Parra

Dirección de Comunicación Social

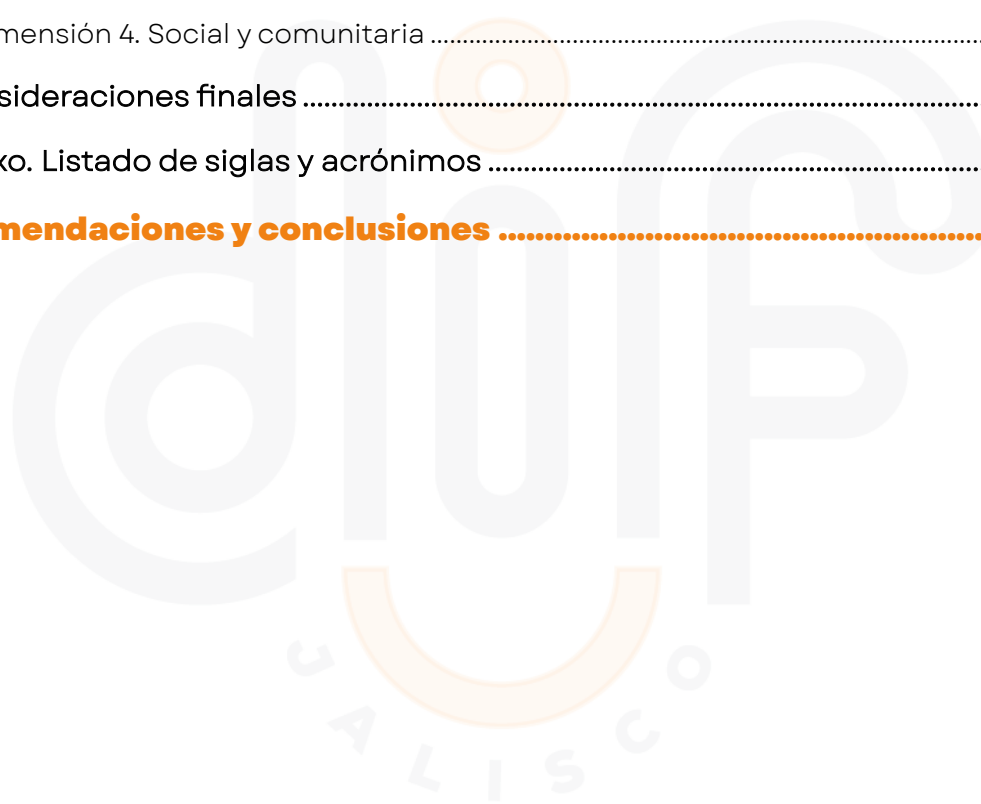
Índice

Introducción.....	8
Marco jurídico y Marco teórico.....	10
El marco jurídico de los sistemas de cuidados: perspectivas internacionales, nacionales, estatales y municipales.....	11
El marco jurídico internacional.....	11
El marco jurídico nacional mexicano.....	14
El marco jurídico en Jalisco	18
Avances instrumentales y desafíos jurídicos.....	26
Retos de implementación y desigualdades territoriales	27
Corresponsabilidad social y enfoque de género	28
Marco teórico.....	28
Referencias	33
Objetivos generales y específicos.....	35
Objetivo general	36
Objetivos específicos	37
Metodología.....	38
Descripción y análisis de los resultados obtenidos	43
Encuesta estatal en hogares sobre cuidados	44
Encuesta estatal a personas cuidadoras por regiones.....	54
Entrevistas a profundidad	66
Personas que requieren cuidados	66
Empresarios.....	66
Voluntarios/as de asociaciones civiles o colectivos de cuidado.....	67
Tomadores/as de decisión	67

Barreras estructurales y sus impactos en la vida cotidiana del cuidado	67
Relación entre la existencia de apoyos y el desgaste en el cuidado	68
Grupos focales	68
Narrativas de Personas Cuidadoras	69
Narrativas de Personas que Requieren Cuidados	69
Implicaciones Explicativas para Políticas Públicas	69
Dossier Estatal: Análisis del Sistema Integral de Cuidados en Jalisco	70
Dinámica demográfica y distribución territorial de la demanda	70
Valor económico y carga de trabajo no remunerado	71
Oferta institucional y marco normativo	71
Plataforma de visualización territorial: Mapa Digital del Sistema de Cuidados	72
Inventario y tipología de la oferta	72
Funcionalidad técnica y gestión de datos	72
Patrones estructurales del cuidado en Jalisco: hallazgos transversales del diagnóstico	73
Discusión e interpretación de los hallazgos del diagnóstico del sistema de cuidados en Jalisco	76
Referencias	79
Cuidar como política pública: comparativo internacional y propuesta para el fortalecimiento del Sistema de Cuidados en Jalisco	81
El trabajo de cuidados en América Latina y El Caribe: desafíos, buenas prácticas y casos de éxito	82
Panorama general del sector de cuidados remunerados	83
Buenas prácticas para la mejora del sector	84

Casos de éxito en la región.....	85
Comparación de los sistemas de cuidados en Europa	87
1. Modelo Nórdico o Universal (Suecia, Finlandia, Dinamarca, Noruega y Países Bajos):	87
3. Modelo Mediterráneo o Latino (Italia, Grecia, Portugal y España):.....	88
4. Modelo Asistencial-Residual (Inglaterra e Irlanda):	88
Modelo de cuidado y rol del Estado.....	89
Desafíos y similitudes.....	89
Conclusiones generales y propuesta para México y Jalisco.....	91
Elementos aplicables al contexto mexicano y jalisciense	92
Propuesta de fortalecimiento	92
Hoja de ruta estratégica de trabajo estatal y municipal.....	94
Introducción.....	95
Marco conceptual: la hoja de ruta como instrumento de política pública ..	96
Esfuerzos estatales: el Programa Estatal de Cuidados. Visión 2030.....	97
Definición del problema público y justificación.....	99
Visión estratégica	100
Objetivo estratégico de largo plazo	100
Principios rectores	101
Estructura de la hoja de ruta y fases estratégicas	101
i. Fase de Cimentación: Fortalecimiento Institucional y Normativo	102
II. Fase de Profesionalización y Formalización del Sector	105
III. Fase de Despliegue Territorial e Infraestructura	107
IV. Fase de Innovación y Soporte al Cuidador	109
V. Fase de Transformación Cultural y Corresponsabilidad	111

VI. Fase de Evaluación, sostenibilidad y ajuste del sistema.....	113
Narrativa estratégica y comunicación pública	116
Matriz de acciones estratégicas.....	117
Dimensiones estratégicas del Sistema de Cuidados y mapa de actores	119
Dimensión 1. Político-institucional	119
Dimensión 2. Económica	120
Dimensión 3. Territorial.....	120
Dimensión 4. Social y comunitaria	120
Consideraciones finales	122
Anexo. Listado de siglas y acrónimos	123
Recomendaciones y conclusiones	134



Introducción

En las últimas décadas, el cuidado se ha consolidado como uno de los principales desafíos de las políticas públicas contemporáneas, en un contexto de profundas transformaciones demográficas, sociales y económicas. El envejecimiento poblacional, el aumento de la esperanza de vida, la persistencia de enfermedades crónicas y discapacidades, así como los cambios en la estructura y participación laboral de los hogares, han incrementado sostenidamente la demanda de cuidados, evidenciando las limitaciones de los arreglos tradicionales centrados casi exclusivamente en el ámbito familiar. A nivel internacional, organismos como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y ONU Mujeres han señalado que esta situación constituye una crisis estructural de los cuidados, caracterizada por una brecha creciente entre las necesidades de cuidado y la capacidad de los Estados y los mercados para responder de manera equitativa y sostenible.

En México, y especialmente en el estado de Jalisco, estas tendencias globales presentan características particulares vinculadas a desigualdades territoriales, altos niveles de informalidad y una marcada feminización del trabajo de cuidados. En este contexto, el reconocimiento del cuidado como derecho social y responsabilidad pública compartida constituye un avance normativo relevante, aunque implica el desafío de traducir este reconocimiento en políticas, servicios y apoyos concretos que incidan efectivamente en la vida cotidiana de las personas cuidadoras y de quienes requieren cuidados. Por ello, resulta fundamental disponer de diagnósticos sólidos que permitan dimensionar la magnitud, características y dinámicas del cuidado, así como identificar los nudos que dificultan su sostenibilidad.

El Informe Diagnóstico Integrador tiene como objetivo proporcionar una visión articulada y analítica de los principales hallazgos derivados de los estudios cuantitativos y cualitativos realizados en el marco del proceso de construcción del Sistema Integral de Cuidados en Jalisco. Este documento no reemplaza los estudios originales, sino que los sintetiza, integra e interpreta para identificar patrones estructurales, tendencias convergentes y elementos clave para la

toma de decisiones públicas. En particular, el informe enfatiza las condiciones actuales de organización del cuidado, las desigualdades de género y territorio, las barreras de acceso a los servicios, el desgaste asociado a la alta carga de cuidados y las necesidades de las personas cuidadoras.

A lo largo del texto se presenta una exposición ordenada de los hallazgos más relevantes del diagnóstico, acompañados de su interpretación desde una perspectiva de política pública y en diálogo con la literatura especializada y los diagnósticos comparados a nivel regional e internacional. Esta síntesis facilita la comprensión del problema público del cuidado, resaltando los elementos fundamentales que requieren atención prioritaria y que constituyen la base para la formulación de una hoja de ruta estratégica. Para quienes deseen profundizar en la metodología, los datos completos y los resultados detallados de cada estudio realizado, se dispone de un documento diagnóstico extenso que presenta íntegramente los instrumentos, análisis y hallazgos.

De este modo, el informe se presenta como una herramienta que articula la evidencia empírica, el marco normativo vigente y el proceso de planeación estratégica del Sistema Integral de Cuidados en Jalisco. Su propósito es contribuir a una comprensión compartida del problema, fortalecer el fundamento técnico de las decisiones públicas y apoyar la transición hacia un modelo de cuidados más justo, corresponsable y sostenible, que garantice el derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado a lo largo del curso de vida.



**Marco
jurídico
y marco
teórico**

El marco jurídico de los sistemas de cuidados: perspectivas internacionales, nacionales, estatales y municipales

El reconocimiento del cuidado como un componente esencial para la dignidad humana y la igualdad sustantiva ha evolucionado desde ser una práctica social invisible hasta convertirse en una exigencia normativa a nivel internacional y nacional (Comisión Interamericana de Mujeres [CIM-OEA], 2020; Naciones Unidas, 2015). Históricamente, las tareas de cuidado –ya sean remuneradas o no remuneradas– han recaído de forma desproporcionada sobre las mujeres, profundizando desigualdades de género y afectando otros derechos humanos como la igualdad en el trabajo, el acceso a servicios de salud, la educación y la seguridad social (CEPAL, 2018; CONAPRED, 2022). En este contexto, diversas instancias internacionales han empezado a conceptualizar y posicionar el cuidado como un derecho humano autónomo, lo que a su vez demanda la creación de marcos jurídicos robustos para su implementación en políticas públicas, sistemas de bienestar y legislación nacional y subnacional (Corte Interamericana de Derechos Humanos [CoIDH], 2025; Ley Modelo Interamericana de Cuidados, 2021).

El marco jurídico internacional

Tratados y convenciones internacionales relevantes

Aunque no existe un tratado único y específico que contenga un régimen jurídicamente vinculante sobre sistemas de cuidados como tal –al menos hasta 2025–, el derecho internacional de los derechos humanos contiene una serie de instrumentos relevantes para fundamentar el reconocimiento del cuidado y la obligación estatal de garantizarlo (Alston, 2019).

- Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)
La DUDH (1948) establece principios universales de dignidad, igualdad y derechos sociales que sustentan indirectamente la obligación de las sociedades de proveer condiciones que permitan el ejercicio pleno de la

vida, lo que incluye el cuidado en sus distintas dimensiones (Naciones Unidas, 1948).

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)

El PIDESC reconoce los derechos sociales como la salud, la seguridad social y el bienestar social, garantizando a los Estados la obligación de adoptar medidas progresivas para su cumplimiento. Desde una interpretación integral, es posible incluir en su ámbito al derecho a recibir cuidados de calidad, dado que los cuidados son condición para el acceso a la salud y al trabajo (Naciones Unidas, 1966).

- Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)
En el sistema interamericano, la CADH obliga a los Estados parte a respetar y garantizar todos los derechos humanos sin discriminación, y a adoptar medidas legislativas o de otro carácter para hacer efectivos esos derechos (Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículos 1 y 2, 1969). Si bien no contempla expresamente un derecho al cuidado, su interpretación evolutiva permite argumentar la protección de condiciones estructurales necesarias para el ejercicio de otros derechos dentro de familias y sociedades (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2025).
- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Adoptada en 2015, esta convención reconoce el derecho a acceder a un sistema integral de cuidados que provea protección y servicios sociales, nutrición y cobertura de salud, e impone la obligación de diseñar medidas y servicios de apoyo a familias y cuidadores/as (artículo 12) (Organización de Estados Americanos [OEA], 2015).
- Instrumentos auxiliares y leyes modelo interamericanas
La Comisión Interamericana de Mujeres (CIM-OEA) presentó una Ley Modelo Interamericana de Cuidados que propone reconocer, regular y redistribuir el trabajo de cuidados (remunerado y no remunerado) como actividad socialmente esencial, con un enfoque de igualdad de género, corresponsabilidad social y sustentabilidad (Ley Modelo Interamericana de Cuidados, 2021).

Posturas de organismos internacionales

Los organismos internacionales han adoptado posturas que refuerzan la importancia de los cuidados en agendas de derechos humanos y desarrollo social.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
La CEPAL ha propuesto la inclusión del cuidado como elemento central para alcanzar la igualdad de género y la justicia social. Su marco conceptual resalta que la falta de reconocimiento de los cuidados genera barreras para la participación laboral y social de las mujeres, afectando el ejercicio de derechos económicos y sociales (CEPAL, 2018).
- Naciones Unidas y la Agenda 2030. Aunque la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible no contempla un objetivo específico dedicado al cuidado, diversos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) reconocen de manera explícita e implícita la centralidad del trabajo de cuidados y la necesidad de contar con sistemas integrales que lo garanticen (Naciones Unidas, 2015). En particular, el ODS 5 sobre igualdad de género, a través de su meta 5.4, establece el compromiso de reconocer y valorar el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado mediante la provisión de servicios públicos, infraestructura y políticas de protección social, promoviendo la corresponsabilidad entre el Estado, el mercado, la comunidad y las familias (Naciones Unidas, 2015).

Asimismo, el ODS 3 relativo a la salud y el bienestar, especialmente en su meta 3.8 sobre cobertura sanitaria universal, exige la existencia de servicios de cuidados de largo plazo que permitan la atención efectiva de personas con enfermedades crónicas, discapacidad o dependencia (Naciones Unidas, 2015). De igual forma, el ODS 10 sobre reducción de las desigualdades y el ODS 1 en materia de protección social evidencian que la ausencia de sistemas de cuidados profundiza desigualdades estructurales y reproduce ciclos de pobreza, particularmente entre las personas cuidadoras (Naciones Unidas, 2015).

Finalmente, el ODS 8 sobre trabajo decente y el ODS 4 relativo a la atención y educación de la primera infancia refuerzan la idea de que el cuidado constituye un pilar del bienestar social, del desarrollo económico y del ejercicio efectivo de los derechos humanos, lo que hace indispensable la consolidación de sistemas de cuidados universales, accesibles y con enfoque de derechos (Naciones Unidas, 2015).

Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH)

Un avance jurídico significativo en 2025 fue la Opinión Consultiva OC-31/25 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en la que la Corte reconoció el cuidado como un derecho humano autónomo. Esta opinión establece que el derecho al cuidado comprende tres dimensiones: el derecho a cuidar, el derecho a ser cuidado y el derecho al autocuidado, basados en principios de corresponsabilidad social y solidaridad (CoIDH, 2025).

Este reconocimiento constituye un hito en la interpretación del derecho internacional de derechos humanos pues obliga a los Estados parte de la Convención Americana (como México) a rediseñar políticas públicas, sistemas de seguridad social y modelos económicos que garanticen efectivamente este derecho de forma universal y no discriminatoria (CoIDH, 2025).

El marco jurídico nacional mexicano

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En el derecho constitucional mexicano, el derecho explícito al cuidado aún no está incorporado expresamente en la CPEUM como lo está, por ejemplo, en la Constitución de la Ciudad de México (Constitución Política de la Ciudad de México, 2017). No obstante, la comunidad académica y decisiones jurisprudenciales sostienen que este derecho puede derivarse implícitamente de los derechos existentes sobre igualdad, salud, seguridad social, alimentación, educación y dignidad humana, los cuales están consagrados en

la Constitución Mexicana y en tratados internacionales ratificados por México (García & Martínez, 2021; Gaceta Parlamentaria, 2025).

En 2023–2025, diversas iniciativas legislativas en México han buscado reconocer explícitamente el derecho al cuidado digno y establecer un Sistema Nacional de Cuidados, así como reformas constitucionales para consolidar legalmente dicho reconocimiento, aunque muchas de estas iniciativas aún no han sido dictaminadas ni aprobadas en su integridad (Gaceta Parlamentaria, 2025).

Es importante señalar que, en el orden constitucional mexicano, el derecho al cuidado y el Sistema Nacional de Cuidados no se encuentran reconocidos de manera expresa en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. No obstante, su exigencia jurídica puede derivarse de una interpretación sistemática de los derechos a la dignidad humana, la igualdad sustantiva, la salud, la protección de la niñez y la seguridad social, así como de las obligaciones internacionales asumidas por el Estado mexicano (Corte Interamericana de Derechos Humanos [CoIDH], 2025; Naciones Unidas, 1966).

Legislación secundaria federal

Aunque el derecho al cuidado no está directamente desarrollado en un solo cuerpo normativo federal, existe reconocimiento en algunas leyes sectoriales, y se han realizado propuestas de ley encaminadas a crear el Sistema Nacional de Cuidados (Ley Modelo Interamericana de Cuidados, 2021). En la propuesta federal se contempla que este sistema integrará mecanismos de provisión pública de servicios, apoyo económico a personas cuidadoras no remuneradas, formación profesional, así como registros nacionales y estatales de cuidados (Gaceta Parlamentaria, 2025).

Además, México ha ratificado tratados internacionales en materia de derechos humanos que, aunque no se refieren directamente al cuidado, establecen obligaciones de desarrollo progresivo de derechos económicos y sociales que

pueden tener implicaciones directas para la provisión de servicios de cuidado (PIDESC, 1966; CoIDH, 2025).

La postura de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y de otras instancias mexicanas sobre el derecho al cuidado

Como se mencionó en el orden jurídico mexicano, el derecho al cuidado no ha sido reconocido aún de manera expresa y autónoma a nivel constitucional; sin embargo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha construido una interpretación progresiva que permite identificarlo como un derecho implícito, derivado del principio de dignidad humana, la igualdad sustantiva y la interdependencia de los derechos humanos (SCJN, 2023).

A través del principio pro-persona y del control de convencionalidad, la SCJN ha sostenido que el Estado tiene la obligación de garantizar las condiciones materiales necesarias para el ejercicio efectivo de derechos como la salud, la vida digna, la autonomía personal y la igualdad, lo que necesariamente incluye el acceso a cuidados adecuados, oportunos y de calidad (SCJN, 2023).

En su jurisprudencia relativa al interés superior de la niñez, a los derechos de las personas con discapacidad y a la protección de las personas adultas mayores, la Corte ha reconocido que el cuidado constituye un elemento estructural para el ejercicio de otros derechos fundamentales (SCJN, 2023). En estos criterios, el cuidado aparece no sólo como una responsabilidad familiar, sino como una obligación reforzada del Estado, especialmente frente a personas en situación de vulnerabilidad o dependencia, lo que se alinea con los estándares internacionales en materia de derechos humanos (CNDH, 2022).

Asimismo, la SCJN ha advertido que la distribución desigual del trabajo de cuidados no remunerado constituye una forma de discriminación estructural por razón de género, al limitar de manera desproporcionada el acceso de las mujeres a derechos como el trabajo, la educación y la participación pública (CONAPRED, 2022). En este sentido, la Corte ha sostenido la necesidad de

adoptar medidas positivas y políticas públicas orientadas a corregir estas desigualdades, lo que refuerza la legitimidad jurídica de la creación de sistemas públicos de cuidados (SCJN, 2023).

De manera complementaria, diversas instancias mexicanas han abordado de forma progresiva la problemática asociada a la ausencia de políticas públicas integrales de cuidado, reconociendo las consecuencias que esto tiene sobre el goce efectivo de los derechos humanos y la igualdad sustantiva. En particular, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) ha documentado de manera sistemática la vulneración de derechos de personas en situación de dependencia, como las personas adultas mayores y las personas con discapacidad, derivada de la falta de servicios públicos de atención y cuidado (CNDH, 2022).

En sus informes especiales sobre la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores, la CNDH señala que la inexistencia de políticas integrales de cuidado genera abandono, negligencia y sobrecarga familiar, afectando principalmente a las mujeres que asumen de manera desproporcionada las responsabilidades de cuidado (CNDH, 2022). Asimismo, en los informes sobre el derecho a la vida independiente y la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad, el organismo destaca que la falta de apoyos, servicios de asistencia personal y cuidados adecuados limita la autonomía, la inclusión social y el ejercicio efectivo de derechos fundamentales en igualdad de condiciones (CNDH, 2022).

De manera paralela, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) ha identificado que la carencia de sistemas de cuidados consolidados contribuye a la reproducción de desigualdades estructurales, particularmente de género (CONAPRED, 2022). Sus estudios y pronunciamientos sobre trabajo de cuidados no remunerado y corresponsabilidad familiar han evidenciado que la sobrecarga de cuidado impide el pleno acceso de las mujeres a derechos laborales, educativos y sociales, constituyendo una forma de discriminación indirecta y sistemática (CONAPRED, 2022).

Asimismo, en documentos técnicos y posicionamientos institucionales, el CONAPRED ha subrayado la necesidad de reconocer el cuidado como una



actividad socialmente valiosa, promoviendo la redistribución equitativa de estas responsabilidades y la creación de servicios públicos de cuidado que garanticen tanto la dignidad de las personas cuidadoras como de quienes reciben cuidados (CONAPRED, 2022).

En conjunto, los diagnósticos, informes y pronunciamientos de la CNDH y el CONAPRED reflejan que la ausencia de políticas públicas integrales de cuidado no solo constituye un vacío institucional, sino que tiene consecuencias concretas sobre la protección de derechos humanos, la igualdad sustantiva y la prevención de discriminación (CNDH, 2022; CONAPRED, 2022). Estos organismos han señalado la urgente necesidad de avanzar hacia sistemas integrales de cuidados que reconozcan explícitamente el derecho a ser cuidado, el derecho a cuidar y el derecho al autocuidado, promoviendo la corresponsabilidad entre el Estado, las familias y la sociedad (CNDH, 2022; CONAPRED, 2022). Este enfoque coincide con los estándares internacionales de derechos humanos y fortalece la argumentación de que la construcción de sistemas de cuidados universales y regulados es una obligación ética, social y jurídica del Estado mexicano (CoIDH, 2025).

El marco jurídico en Jalisco

El Estado de Jalisco se posiciona como pionero en México al establecer un marco normativo integral para los cuidados, constituyendo un referente para otras entidades federativas y para el diseño futuro de un Sistema Nacional de Cuidados (Congreso del Estado de Jalisco, 2024).

La aprobación de la Ley del Sistema Integral de Cuidados del Estado de Jalisco en marzo de 2024 representa un avance sin precedentes, al reconocer legalmente el cuidado como un derecho social y un pilar del bienestar colectivo, incorporando un enfoque de derechos humanos, igualdad de género y corresponsabilidad social entre el estado, la familia y la sociedad (Congreso del Estado de Jalisco, 2024).

Objeto y finalidad de la ley

El objeto central de la Ley es establecer un marco normativo y organizativo para garantizar la provisión de cuidados dignos y sostenibles, asegurando tanto los derechos de las personas receptoras de cuidados –niñas, niños, personas adultas mayores, personas con discapacidad o enfermedad crónica– como los de quienes asumen la responsabilidad de cuidarlas. La ley busca, de manera explícita (Congreso del Estado de Jalisco, 2024):

1. Reconstruir la autonomía de las personas cuidadas, fortaleciendo su participación social y su bienestar integral.
2. Garantizar condiciones dignas de trabajo para las personas cuidadoras, incluyendo reconocimiento, capacitación, protección laboral y prevención de sobrecarga.
3. Promover la igualdad de género y la corresponsabilidad, reconociendo que el trabajo de cuidados históricamente ha recaído de manera desproporcionada en mujeres y que su distribución equitativa requiere políticas públicas activas.
4. Fortalecer la articulación entre distintos niveles de gobierno, asegurando que las políticas estatales se reflejen y complementen con acciones municipales y comunitarias.

Estructura institucional y estrategias de implementación

La ley establece la Junta Estatal del Sistema Integral de Cuidados, un órgano coordinador encargado de (Congreso del Estado de Jalisco, 2024):

- Diseñar e impulsar políticas públicas y programas que garanticen el acceso universal a servicios de cuidado.
- Supervisar y evaluar la implementación de programas de atención a la infancia, personas adultas mayores, personas con discapacidad o enfermedad crónica.
- Fomentar la profesionalización y la dignificación del trabajo de cuidados, asegurando condiciones laborales justas y acceso a seguridad social.
- Incorporar un enfoque transversal de género, promoviendo la corresponsabilidad social y la participación equitativa en los cuidados.

Además, la ley establece un mandato para los municipios, quienes deben implementar sus propios Sistemas Integrales de Cuidados locales, ajustados a sus necesidades y contextos específicos (Congreso del Estado de Jalisco, 2024). Esta descentralización busca generar una política pública articulada y territorialmente sensible, evitando la fragmentación y asegurando que los servicios lleguen efectivamente a quienes los necesitan.

Avances y desafíos pendientes de la normativa Jalisco

A pesar de los avances pioneros que representa esta legislación, su plena efectividad requiere acciones adicionales y esfuerzos coordinados. Entre los principales desafíos destacan (Congreso del Estado de Jalisco, 2024; CNDH, 2022):

1. Presupuesto y financiamiento sostenible: La ley establece principios, pero la disponibilidad de recursos suficientes y permanentes es esencial para garantizar que los servicios no sean fragmentarios ni temporales.
2. Desarrollo de infraestructura y servicios locales: La implementación municipal requiere instalaciones, personal capacitado y mecanismos de supervisión que aún están en construcción.
3. Integración con políticas sociales existentes: Es necesario que los sistemas de cuidado se articulen con programas de salud, educación, seguridad y protección sociales, evitando duplicidades y asegurando cobertura integral.

4. Monitoreo, evaluación y rendición de cuentas: La efectividad del sistema dependerá de indicadores claros sobre cobertura, calidad, equidad y satisfacción de las personas cuidadas y cuidadoras.
5. Cultura y corresponsabilidad social: Aun con marco legal, persiste la necesidad de modificar normas culturales y expectativas sociales que asignan desproporcionadamente el cuidado a mujeres, reconociendo el cuidado como una responsabilidad colectiva.
6. La Ley del Sistema Integral de Cuidados de Jalisco representa un hito normativo que coloca al estado a la vanguardia en materia de derechos sociales en México (Congreso del Estado de Jalisco, 2024). Sin embargo, el reconocimiento legal por sí solo no garantiza la materialización del derecho al cuidado; la eficacia del sistema dependerá de su articulación con la realidad social, política y económica. En este sentido, Jalisco ofrece un laboratorio jurídico y político pionero, cuyos aprendizajes pueden informar la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados, contribuyendo a transformar el cuidado de una obligación invisible en un derecho social protegido, financiado y sostenido por el Estado.

Reglamentos municipales y experiencias locales

Diversos municipios en Jalisco han avanzado en estructurar reglamentos locales que regulan específicamente el sistema de cuidados a nivel local.

Zapopan



El municipio de Zapopan se consolidó como uno de los primeros en México en establecer un Sistema Integral de Cuidados Municipal, constituyéndose como un ejemplo pionero en la articulación de políticas públicas locales orientadas a

reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados (H. Ayuntamiento de Zapopan, 2021). Para ello, el H. Ayuntamiento de Zapopan aprobó en 2021 el *Reglamento del Sistema Integral de Cuidados para las Personas en Situación de Dependencia del Municipio de Zapopan, Jalisco*, publicado en la Gaceta Municipal Vol. XXVIII No. 110.

Este instrumento normativo establece las bases, principios y lineamientos para la implementación de políticas de cuidado, incluyendo la creación de centros de apoyo, servicios de atención a distancia y plataformas digitales dirigidas tanto a personas cuidadoras como a personas cuidadas, con especial énfasis en la corresponsabilidad social y la igualdad de género (H. Ayuntamiento de Zapopan, 2021).

El reglamento define las competencias y funciones de los órganos municipales encargados de coordinar los servicios de cuidado, asegurando que la prestación de estos sea digna, accesible y universal para personas en situación de dependencia, incluyendo niñas, niños, personas adultas mayores, personas con discapacidad o enfermedad crónica. Asimismo, establece mecanismos para la capacitación, protección laboral y acompañamiento a las personas cuidadoras, reconociendo la centralidad de su rol en la garantía del bienestar social. En 2022 se realizaron reformas al reglamento, fortaleciendo su estructura normativa y ampliando la cobertura de los programas, lo que evidencia la voluntad del municipio por consolidar un sistema integral, innovador y replicable en otros contextos locales (H. Ayuntamiento de Zapopan, 2022).

El caso de Zapopan refleja que la implementación efectiva de un sistema de cuidados requiere no solo de la existencia de un marco legal, sino también de mecanismos institucionales claros, infraestructura adecuada, recursos sostenibles y estrategias de seguimiento y evaluación. Esta experiencia municipal, pionera y articulada con la legislación estatal de Jalisco, constituye un referente significativo para la construcción de políticas públicas de cuidado a nivel nacional, demostrando la factibilidad y relevancia de garantizar los derechos al cuidado y a ser cuidado de manera estructural, integral y sostenida en el tiempo (H. Ayuntamiento de Zapopan, 2022).

Tlajomulco de Zúñiga



El municipio de Tlajomulco de Zúñiga ha seguido la pauta de innovación política y normativa iniciada por experiencias estatales y municipales en Jalisco, al consolidar un marco jurídico local que regula la atención al cuidado. En este contexto, el H. Ayuntamiento aprobó el *Reglamento del Sistema Integral de Cuidados para el Municipio de Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco*, el cual fue aprobado el 26 de febrero de 2025, publicado el 5 de marzo de 2025 y entró en vigor el 6 de marzo de 2025 mediante su publicación en la Gaceta Municipal (H. Ayuntamiento de Tlajomulco de Zúñiga, 2025).

Este instrumento normativo tiene por objeto organizar y regular de manera sistemática las acciones municipales dirigidas a garantizar la provisión de cuidados con enfoque de derechos humanos, igualdad de género y corresponsabilidad social. Establece los lineamientos para la coordinación de programas y servicios locales que faciliten la atención a las personas en situación de dependencia –incluyendo niñas y niños, personas adultas mayores, personas con discapacidad o enfermedad crónica– así como el reconocimiento, acompañamiento, capacitación y apoyo a quienes asumen tareas de cuidado (H. Ayuntamiento de Tlajomulco de Zúñiga, 2025).

El reglamento busca superar las prácticas asistencialistas fragmentadas estableciendo un sistema organizado de políticas públicas municipales de cuidados, con protocolos de atención, mecanismos de vinculación interinstitucional y disposiciones para la protección de las cuidadoras y los cuidadores. Además, incorpora elementos de promoción de la igualdad de género y la dignidad humana, posicionando al cuidado como un asunto de interés social y una responsabilidad compartida entre el Estado, la familia, la comunidad y otras instancias públicas y privadas (H. Ayuntamiento de Tlajomulco de Zúñiga, 2025).

La instauración de este reglamento también obedece a la obligación derivada de la Ley del Sistema Integral de Cuidados para el Estado de Jalisco, que entró en vigor en marzo de 2024 y mandató a los municipios para planear, organizar y desarrollar sus propios sistemas de cuidados conforme a la política estatal (Congreso del Estado de Jalisco, 2024).

La experiencia de Tlajomulco de Zúñiga muestra la viabilidad institucional de implementar instrumentos regulatorios locales que atiendan de manera integral las necesidades de cuidado de la población. Sin embargo, su eficacia dependerá de la asignación de recursos humanos y financieros suficientes, de la articulación con políticas estatales y federales, de la capacitación continua del personal y de la construcción de indicadores de evaluación que permitan medir impactos en la igualdad de género, la reducción de brechas socioeconómicas y la mejora de las condiciones de vida de las personas cuidadoras y cuidadas. Estos retos constituyen un horizonte de aprendizaje fundamental para profundizar la consolidación de sistemas de cuidados municipales y estatales que, en conjunto, fortalezcan la arquitectura normativa y programática del cuidado en México (H. Ayuntamiento de Tlajomulco de Zúñiga, 2025).

Otros municipios

Además de las experiencias de Zapopan y Tlajomulco de Zúñiga, existen reglamentos similares en otros municipios de Jalisco que evidencian una tendencia municipal pionera en la construcción normativa del cuidado. Un caso relevante es el del municipio de Tenamaxtlán, que ha desarrollado un *Reglamento para el Sistema Integral de Cuidados del Municipio de Tenamaxtlán, Jalisco*, orientado a promover marcos normativos locales con enfoque de inclusión, igualdad de género, dignidad humana y protección de personas en situación de vulnerabilidad (H. Ayuntamiento de Tenamaxtlán, 2023).

Este instrumento jurídico, que responde a las atribuciones conferidas a los ayuntamientos por la Ley del Sistema Integral de Cuidados para el Estado de Jalisco, tiene por objeto organizar y regular un conjunto de acciones, programas y políticas públicas que garanticen la atención integral de personas dependientes –como niñas, niños, personas adultas mayores y personas con discapacidad o enfermedad crónica– así como el reconocimiento y apoyo a las personas que brindan cuidados (H. Ayuntamiento de Tenamaxtlán, 2023).

El reglamento municipal de Tenamaxtlán, al igual que experiencias normativas en otros municipios como Jalostotitlán, Tonaya o Tepatitlán de Morelos, reconoce que los cuidados no solo son una actividad socialmente indispensable sino un derecho que debe ser garantizado mediante políticas públicas estructuradas y sostenibles. Por ejemplo, el *Reglamento del Sistema Integral de Cuidados para las Personas Dependientes en Situación de Vulnerabilidad del Municipio de Jalostotitlán* dispone explícitamente que el sistema debe generar “programas y políticas públicas transversales, con enfoque de género, en materia de cuidados y protección de la niñez, adolescencia, personas mayores con pérdida de autonomía, así como personas con alguna enfermedad crónica y/o discapacidad”, promoviendo un modelo de corresponsabilidad entre el Estado, la comunidad y los hogares (H. Ayuntamiento de Jalostotitlán, 2022).

De manera similar, diversos municipios han aprobado reglamentos que conceptualizan el Sistema Integral de Cuidados como un conjunto de acciones orientadas no solo a la provisión de servicios, sino a la reducción, redistribución y reconocimiento del trabajo de cuidados; a la promoción de la autonomía de las personas cuidadas; a la protección de condiciones laborales dignas para las personas cuidadoras; y a la articulación intersectorial con otras políticas públicas de bienestar y derechos humanos (H. Ayuntamiento de Tenamaxtlán, 2023; H. Ayuntamiento de Jalostotitlán, 2022).

Estos marcos normativos municipales contemplan principios rectores como la igualdad y no discriminación, la corresponsabilidad social y la transversalidad de género, consolidando al cuidado como un asunto de interés público y no solamente de asistencia social. La existencia de estos reglamentos locales –

aunque en distintos grados de desarrollo y especificidad– refleja una dinámica innovadora subnacional que va más allá de la regulación estatal y que contribuye a la consolidación de un modelo territorial de cuidados en Jalisco.

No obstante, la diversidad de instrumentos también pone de manifiesto desafíos significativos: la necesidad de armonización normativa entre municipios y con la ley estatal; la asignación de recursos técnicos y financieros suficientes; la capacitación de personal especializado; y la creación de mecanismos uniformes de evaluación y rendición de cuentas que permitan medir la efectividad real de los sistemas locales de cuidados. Superar estos retos será esencial para garantizar que los sistemas municipales no se queden como marcos aspiracionales, sino que se traduzcan en políticas públicas efectivas que materialicen los derechos al cuidado, a ser cuidado y al autocuidado en todo el territorio del estado (Congreso del Estado de Jalisco, 2024).

Avances instrumentales y desafíos jurídicos

La consolidación de un marco jurídico para los cuidados, tanto internacional como nacional, representa un avance paradigmático en materia de derechos humanos y justicia social. El reconocimiento del cuidado como derecho humano autónomo por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH) en 2025 constituye un hito que orienta a los Estados parte de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) a construir sistemas públicos que no sólo reconozcan, sino que materialicen este derecho mediante políticas públicas transversales, presupuestos adecuados, mecanismos de supervisión y sanción, e indicadores de cumplimiento.

Sin embargo, en el ámbito nacional mexicano, aunque existen iniciativas de ley y un reconocimiento constitucional implícito, aún falta una ley general federal integral y vinculante que establezca derechos, obligaciones, financiamiento, estándares de calidad y mecanismos de rendición de cuentas definidos para todo el territorio nacional.

Las tres dimensiones del derecho al cuidado –el derecho a cuidar, el derecho a ser cuidado y el derecho al autocuidado– se vinculan de manera directa y necesaria con la existencia de sistemas integrales de cuidados. En términos jurídicos, el sistema de cuidados constituye el mecanismo institucional mediante el cual el Estado materializa dichas dimensiones, garantizando servicios, apoyos, corresponsabilidad social y condiciones que eviten la sobrecarga de las personas cuidadoras. Esta vinculación ha sido reconocida expresamente por la Corte Interamericana de Derechos Humanos y, de manera implícita pero consistente, por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), al exigir protección reforzada, igualdad sustantiva y condiciones materiales para el ejercicio efectivo de los derechos humanos (SCJN, 2023; CoIDH, 2025).

Retos de implementación y desigualdades territoriales

El enfoque adoptado por Jalisco representa una experiencia innovadora y pionera para México, pero también evidencia que la descentralización de las políticas de cuidados puede generar desigualdades territoriales si no existen criterios nacionales mínimos. Municipios con mayor capacidad administrativa y presupuestaria –como Zapopan o Tlajomulco de Zúñiga– pueden avanzar más rápidamente que otros con recursos más limitados.

Esta heterogeneidad territorial resalta la necesidad de un marco normativo federal que establezca estándares mínimos, financiamiento sostenible y mecanismos de coordinación intergubernamental, evitando que el derecho al cuidado se materialice de manera desigual en distintas regiones del país (Congreso del Estado de Jalisco, 2024; H. Ayuntamiento de Tlajomulco de Zúñiga, 2025).

Corresponsabilidad social y enfoque de género



Los marcos jurídicos internacionales y locales ponen énfasis en la corresponsabilidad social y de género, desafiando las normas culturales que históricamente han asignado las labores de cuidado principalmente a

las mujeres. Estos enfoques requieren no sólo legislación, sino también campañas educativas, alianzas público-privadas y reformas laborales que reconozcan y redistribuyan el trabajo de cuidados.

Asimismo, la evidencia acumulada por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) demuestra que la ausencia de políticas públicas integrales de cuidado tiene consecuencias directas sobre la desigualdad de género, la sobrecarga de trabajo no remunerado y la limitación del acceso a derechos laborales, educativos y sociales (CNDH, 2024; CONAPRED, 2023). Por ello, los sistemas integrales de cuidados deben concebirse como un mecanismo de justicia social que no solo asegure el derecho a ser cuidado, sino que promueva la equidad, la autonomía y la participación plena de todas las personas en la vida económica y social.

Marco teórico

El presente diagnóstico se sustenta en una perspectiva integral que entiende el **cuidado como un derecho humano y un componente esencial del bienestar social**. De acuerdo con los estándares internacionales impulsados por la CEPAL y ONU Mujeres, el cuidado debe concebirse como una responsabilidad compartida entre el Estado, el mercado, las comunidades y las familias,

superando la visión tradicional que lo ha reducido a una tarea doméstica femenina. Reconocer el cuidado como un derecho universal implica garantizar no solo la atención a quienes la requieren, sino también las condiciones dignas, emocionales y laborales de quienes cuidan.

Desde un **enfoque de derechos humanos y de género**, el cuidado se vincula directamente con la igualdad sustantiva. Históricamente, las mujeres han asumido de manera desproporcionada las labores domésticas y de atención a otras personas, lo que ha limitado su autonomía económica y su participación plena en la vida pública. La incorporación del principio de corresponsabilidad social y de género –consagrado en la *Ley del Sistema Integral de Cuidados del Estado de Jalisco*– constituye un avance significativo hacia un modelo que redistribuye el tiempo, los recursos y las responsabilidades del cuidado entre todos los actores sociales. Esta ley reconoce expresamente al cuidado como el cuarto pilar del desarrollo, junto con la educación, la salud y la seguridad social, dotándolo de un marco institucional y normativo sólido.

Asimismo, el **enfoque interseccional** resulta indispensable para comprender la complejidad del fenómeno. Las desigualdades que atraviesan las experiencias del cuidado no dependen únicamente del género, sino también de la edad, la condición socioeconómica, la etnicidad, la discapacidad, la orientación sexual o la zona geográfica en la que viven. Por ello, el diagnóstico incorpora esta mirada transversal, a fin de identificar cómo se combinan múltiples formas de exclusión que afectan el acceso equitativo a los servicios de cuidado y la calidad de vida de las personas cuidadoras.

En términos de **bienestar y regímenes de cuidado**, este estudio se inscribe en la tradición de análisis de los Estados de Bienestar, retomando las teorías que explican la articulación entre Estado, mercado y familia en la provisión de bienes sociales. En el contexto actual, los sistemas de bienestar enfrentan lo que la literatura ha denominado una “crisis de los cuidados”: el incremento de la esperanza de vida, la reducción del tamaño de los hogares y la inserción laboral de las mujeres generan una creciente demanda de apoyos que los sistemas tradicionales ya no pueden absorber. En este sentido, el diagnóstico

busca identificar cómo se expresa esta crisis en Jalisco y qué mecanismos institucionales y comunitarios pueden responder a ella.

El **marco jurídico estatal** es un pilar central del sustento teórico. La *Ley del Sistema Integral de Cuidados de Jalisco* establece los principios rectores del sistema: universalidad, equidad, interseccionalidad, corresponsabilidad y accesibilidad. También define las estructuras institucionales necesarias para la coordinación intergubernamental y la participación social. Desde esta base legal, el diagnóstico se concibe no solo como una herramienta descriptiva, sino como un insumo estratégico para implementar efectivamente la ley y sentar las condiciones para un sistema estatal robusto y sostenible.

Finalmente, el estudio se apoya en la **gobernanza del cuidado**, entendida como la capacidad de articular a diversos actores –públicos, privados y sociales– en torno a objetivos comunes y mecanismos de coordinación horizontal y vertical. Las experiencias internacionales muestran que los sistemas de cuidado más eficaces son aquellos que logran integrar distintos niveles de gobierno y sectores sociales bajo esquemas de planeación conjunta, evaluación permanente, participación ciudadana y rendición de cuentas. En esa dirección, el diagnóstico busca identificar los actores clave, los vacíos institucionales y las oportunidades de articulación territorial que permitan avanzar hacia un modelo de gobernanza integral del cuidado en Jalisco.

Tabla 1. Marco teórico del diagnóstico del sistema de cuidados en Jalisco

Dimensión del marco teórico	Contenido conceptual	Función analítica en el diagnóstico
Enfoque normativo del cuidado	El cuidado se concibe como un derecho humano universal y como un componente esencial del bienestar social. Desde esta perspectiva, el cuidado no se limita a la atención de personas dependientes, sino que incluye las condiciones materiales, emocionales y laborales en las que se realiza. Este enfoque reconoce tanto el derecho a recibir cuidados como el	Este enfoque permite situar el cuidado como un problema público y una obligación del Estado , superando su tratamiento como asunto privado o asistencial. Orienta el diagnóstico hacia la identificación de brechas en el ejercicio efectivo del derecho al cuidado y fundamenta la necesidad de una intervención pública estructural.

Dimensión del marco teórico	Contenido conceptual	Función analítica en el diagnóstico
-----------------------------	----------------------	-------------------------------------

derecho a cuidar en condiciones dignas y al autocuidado.

Enfoque de igualdad: género e interseccionalidad

El marco incorpora una perspectiva de **género e interseccional**, reconociendo que las experiencias del cuidado están atravesadas por múltiples ejes de desigualdad, como el sexo, la edad, la condición socioeconómica, la discapacidad, la pertenencia étnica y el territorio. Este enfoque permite comprender cómo se combinan distintas formas de exclusión que afectan de manera diferenciada a las personas cuidadoras y a quienes requieren cuidados.

Esta dimensión guía la lectura de los datos empíricos, permitiendo identificar la **feminización del cuidado**, la concentración de la carga en determinados grupos y las brechas territoriales. Asimismo, orienta la priorización de segmentos poblacionales y la formulación de recomendaciones que busquen reducir desigualdades estructurales.

Organización social del cuidado y corresponsabilidad

El cuidado se entiende como una **responsabilidad social compartida** entre el Estado, el mercado, las comunidades y las familias. Este enfoque cuestiona los modelos tradicionales basados en la delegación casi exclusiva del cuidado al ámbito doméstico y propone una redistribución de tiempos, recursos y responsabilidades entre los distintos actores sociales.

Esta dimensión permite analizar críticamente la actual organización del cuidado en Jalisco, evidenciando la centralidad forzada de la familia y la insuficiencia de apoyos externos. Asimismo, fundamenta la necesidad de avanzar hacia esquemas de corresponsabilidad social e institucional como eje del sistema de cuidados.

Regímenes de bienestar y crisis de los cuidados

El diagnóstico se inscribe en la tradición de análisis de los **Estados de Bienestar**, retomando los aportes teóricos que explican cómo se articulan el Estado, el mercado y la familia en la provisión de bienes sociales. En este marco, se reconoce la existencia de una **crisis de los cuidados**, derivada de cambios demográficos, laborales y familiares que han incrementado la demanda de cuidados

Este marco analítico permite contextualizar los hallazgos del diagnóstico dentro de procesos estructurales más amplios y comprender por qué las soluciones basadas únicamente en el hogar resultan insostenibles. Asimismo, refuerza la necesidad de construir un sistema público de cuidados como respuesta a esta crisis.

Dimensión del marco teórico	Contenido conceptual	Función analítica en el diagnóstico
Marco jurídico e institucional estatal	<p>más allá de la capacidad de los arreglos tradicionales.</p> <p>La Ley del Sistema Integral de Cuidados del Estado de Jalisco constituye el anclaje normativo del diagnóstico. La ley establece principios rectores como la universalidad, la equidad, la interseccionalidad, la accesibilidad y la corresponsabilidad, y define las bases para la coordinación interinstitucional y la participación social.</p>	<p>Esta dimensión permite vincular el análisis empírico con el marco legal vigente, identificando brechas entre el reconocimiento normativo del derecho al cuidado y su implementación efectiva. El diagnóstico se concibe así como un insumo estratégico para la operativización de la ley y el fortalecimiento institucional del sistema.</p>
Gobernanza del cuidado	<p>La gobernanza del cuidado se entiende como la capacidad de articular actores, niveles de gobierno y sectores sociales en torno a objetivos comunes, mediante mecanismos de coordinación horizontal y vertical, planeación conjunta, evaluación y rendición de cuentas. Este enfoque reconoce que los sistemas de cuidados eficaces requieren arreglos institucionales complejos y participativos.</p>	<p>Este marco orienta el análisis del mapa de actores, los vacíos institucionales y las oportunidades de articulación territorial. Asimismo, fundamenta la propuesta de una hoja de ruta que privilegia la coordinación, la gradualidad y la sostenibilidad del sistema de cuidados en el tiempo.</p>

Fuente: elaboración propia.

De este modo, el marco teórico que orienta este estudio no solo ofrece una base conceptual y jurídica, sino que también enmarca la visión de futuro del sistema: un cuidado entendido como derecho, sustentado en la igualdad, gestionado desde la corresponsabilidad social y garantizado por una estructura institucional sólida, participativa y con enfoque territorial.

Referencias

- Cámara de Diputados. (2025). *Gaceta Parlamentaria, año XXVII, número 6632-II-1* (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y otros tratados). <https://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/66/2024/oct/20241008-II-1.html>
- Cámara de Diputados. (2025). *Gaceta Parlamentaria, año XXVII, número 6652-II-1* (Declaración Universal de Derechos Humanos y otros pactos). <https://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/66/2024/nov/20241105-II-1.html>
- CIM-OEA (Comisión Interamericana de Mujeres). (2021). *Ley Modelo Interamericana de Cuidados*. Organización de los Estados Americanos.
- CIM-OEA (Comisión Interamericana de Mujeres). (2020). *Ley Modelo Interamericana de Cuidados* (texto conceptual). Organización de los Estados Americanos.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH). (2025). *Opinión Consultiva OC-31/25: Reconocimiento del derecho al cuidado como derecho humano autónomo*. Organización de los Estados Americanos.
- H. Ayuntamiento de Jalostotitlán. (2022). *Reglamento del Sistema Integral de Cuidados para las Personas Dependientes en Situación de Vulnerabilidad del Municipio de Jalostotitlán, Jalisco*. Gaceta Municipal.
- H. Ayuntamiento de Tenamaxtlán. (2023). *Reglamento para el Sistema Integral de Cuidados del Municipio de Tenamaxtlán, Jalisco*. Gaceta Municipal.
- H. Ayuntamiento de Tlajomulco de Zúñiga. (2025). *Reglamento del Sistema Integral de Cuidados para el Municipio de Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco* (publicado en Gaceta Municipal).
- H. Ayuntamiento de Zapopan. (2021). *Reglamento del Sistema Integral de Cuidados para las Personas en Situación de Dependencia del Municipio de Zapopan, Jalisco*, Gaceta Municipal Vol. XXVIII No. 110.

H. Ayuntamiento de Zapopan. (2022). *Reformas al Reglamento del Sistema Integral de Cuidados para las Personas en Situación de Dependencia del Municipio de Zapopan, Jalisco*. Gaceta Municipal Vol. XXIX No. 133-134.

Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

<https://www.ohchr.org/es/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

Organización de los Estados Americanos (OEA). (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica)*.

Organización de los Estados Americanos (OEA). (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*.

SCJN (Suprema Corte de Justicia de la Nación). (2023). *Jurisprudencia y criterios relevantes sobre derechos y cuidados*. Suprema Corte de Justicia de la Nación.

SCJN (Suprema Corte de Justicia de la Nación). (2024). *El derecho humano a los cuidados y agenda en construcción* (Documento institucional).

Senado de la República. (1981). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*.



Objetivos **generales y** **específicos**

En los últimos años, la política de cuidados ha adquirido relevancia global como respuesta a los cambios demográficos, la feminización del trabajo de cuidado y las nuevas formas de organización familiar. Los sistemas nacionales de cuidados en América Latina –como los de Uruguay, Costa Rica o Chile– han demostrado que profesionalizar y redistribuir las tareas de cuidado genera impactos positivos en la igualdad de género, la inclusión laboral y el bienestar colectivo.

En México, la reforma constitucional de 2020 reconoció el derecho al cuidado digno y al tiempo propio, mientras que el Estado de Jalisco dio un paso pionero con la aprobación de la Ley del Sistema Integral de Cuidados del Estado de Jalisco (2024), que define el cuidado como un pilar del desarrollo humano y social.

Sin embargo, persisten vacíos de información sobre la magnitud, distribución y condiciones del cuidado en el estado. No existen datos integrales que permitan dimensionar la demanda, el perfil de las personas cuidadoras, las actitudes sociales sobre corresponsabilidad ni las barreras de acceso a los servicios.

Por ello, este diagnóstico busca construir una línea base estatal que sirva para orientar políticas públicas, programas y modelos de atención en materia de cuidados, con base en evidencia empírica, perspectiva de género, interseccionalidad y enfoque de derechos humanos.

Objetivo general

Conocer la percepción, distribución y condiciones del ecosistema de cuidados en el Estado de Jalisco, a través de la elaboración de un diagnóstico estatal que permita dimensionar la demanda, la oferta y las actitudes sociales en torno a la corresponsabilidad y los servicios de cuidado, con capacidad de comparación entre el Área Metropolitana de Guadalajara (AMG) y las regiones del estado.

Objetivos específicos

1. Estimar la prevalencia de personas cuidadoras y hogares con necesidades de cuidado, identificando roles y distribución de tareas dentro del hogar.
2. Dimensionar la demanda latente y potencial de cuidados, y la disposición a utilizar o pagar servicios formales.
3. Identificar actitudes sociales y normas de género en torno a la corresponsabilidad del cuidado.
4. Cuantificar el conocimiento, uso y barreras de acceso a servicios públicos y privados de cuidado.
5. Analizar la conciliación entre trabajo y cuidado, y sus efectos en las trayectorias laborales, especialmente de las mujeres.
6. Elaborar un perfil sociodemográfico y laboral de las personas cuidadoras, formales e informales.
7. Integrar un catálogo estatal de programas y servicios de cuidado, públicos, privados y comunitarios.
8. Producir un mapa digital georreferenciado de la oferta de servicios y centros de cuidado en el estado.
9. Desarrollar una hoja de ruta estratégica con propuestas viables y territorializadas para fortalecer el Sistema Estatal de Cuidados.



Metodología

Este diagnóstico fue diseñado utilizando un enfoque de triangulación metodológica, con el objetivo de captar la complejidad del cuidado como fenómeno social, económico y político. Dado que el cuidado abarca dimensiones objetivas, como la distribución del tiempo, la intensidad de las tareas y el acceso a servicios, así como dimensiones subjetivas, relacionadas con el desgaste, las percepciones, las decisiones y las trayectorias de vida, se empleó una estrategia metodológica mixta que integra herramientas cuantitativas y cualitativas. Esta elección se fundamenta en la premisa de que ningún instrumento por sí solo resulta suficiente para comprender la organización social del cuidado y sus impactos, mientras que la combinación de métodos permite generar un diagnóstico más robusto, profundo y relevante para la toma de decisiones públicas.



En el enfoque cuantitativo, se aplicaron encuestas a hogares y personas cuidadoras con el objetivo de dimensionar la magnitud del cuidado, identificar patrones de prevalencia, intensidad y carga, y caracterizar las brechas de género, territorio y corresponsabilidad. Estas encuestas permitieron generar indicadores comparables y establecer relaciones estadísticas entre variables clave, como el tipo de población atendida, el nivel de carga de cuidado, el acceso a apoyos y los impactos en el bienestar físico y emocional. Esta información es

fundamental para sustentar el diagnóstico en evidencia empírica sistemática y para identificar segmentos prioritarios que requieren atención diferenciada desde la política pública.

Sin embargo, el diseño metodológico reconoce que los datos cuantitativos, aunque indispensables, no permiten una comprensión completa del

fenómeno del cuidado. Por esta razón, se incorporaron metodologías cualitativas, como entrevistas en profundidad y grupos focales, orientadas a explorar las experiencias, significados y estrategias cotidianas de las personas cuidadoras. Estos instrumentos facilitaron la comprensión de cómo se experimentan las cargas de cuidado, cómo se toman decisiones ante la ausencia de apoyos, qué barreras se consideran más relevantes y de qué manera el cuidado impacta en la salud, el empleo y las relaciones sociales. A diferencia de la medición estadística, la evidencia cualitativa aporta densidad interpretativa, visibiliza procesos que no siempre son capturados por los indicadores y permite identificar mecanismos causales detrás de los patrones observados en los datos.

La fortaleza central de la metodología radica en la integración deliberada de ambos enfoques. La triangulación metodológica no se concibió como una simple yuxtaposición de instrumentos, sino como un proceso analítico en el que los hallazgos cuantitativos y cualitativos se contrastan, complementan y enriquecen mutuamente. De este modo, los resultados de las encuestas permitieron identificar tendencias generales –como la feminización del cuidado, la alta carga sostenida y las brechas territoriales–, mientras que los grupos focales y las entrevistas explicaron cómo y por qué estas tendencias se traducen en trayectorias de desgaste, aislamiento o renuncia a proyectos personales y laborales. Esta convergencia entre métodos fortaleció la validez interna del diagnóstico y redujo el riesgo de interpretaciones parciales o simplificadoras.

Además, la triangulación permitió identificar tanto consistencias como tensiones entre los diferentes instrumentos. Cuando los datos cuantitativos mostraron patrones homogéneos, la evidencia cualitativa ayudó a matizar estas regularidades e identificar diferencias contextuales relevantes. De manera similar, cuando los relatos cualitativos señalaron problemáticas emergentes, los datos cuantitativos permitieron evaluar su alcance y frecuencia. Este diálogo metodológico contribuyó a la construcción de un diagnóstico equilibrado, capaz de captar tanto la estructura del problema como sus manifestaciones concretas en la vida cotidiana.

El enfoque metodológico adoptado se encuentra alineado con el carácter aplicado y estratégico del diagnóstico. La combinación de métodos fortalece la calidad del análisis y facilita la traducción de los hallazgos en implicaciones

para la política pública. Al integrar datos cuantitativos con narrativas vividas, el diagnóstico proporciona una base empírica sólida para la formulación de la hoja de ruta del Sistema Integral de Cuidados, permitiendo que las decisiones estratégicas se fundamenten en evidencia verificable y en una comprensión profunda de las necesidades y experiencias de la población. En este contexto, la metodología constituye un elemento central del estudio, que garantiza su pertinencia, credibilidad y utilidad para la acción pública.

Tabla 2. Enfoque cuantitativo del diagnóstico

Instrumento	Encuesta estatal en hogares	Encuesta estatal a personas cuidadoras
Población objetivo	Población de 15 años y más	Personas que brindan cuidados (formales e informales)
Cobertura territorial	12 regiones administrativas del estado	12 regiones administrativas del estado
Universo	6,193,111 habitantes (referencia: INEGI 2020), distribuidos en 3,005,899 hombres y 3,187,212 mujeres.	No definido
Tamaño muestra	de 1,619 casos (1,124 AMG / 495 Interior)	1,600 casos
Tipo muestreo	de Muestreo con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). +/- 2.44% global, con un ajuste por efecto de diseño del +/- 3.73%.	No probabilística por conveniencia.
Margen error	de Desglose regional: +/- 4.35% para el AMG y +/- 6.91% para el interior.	No es posible estimar errores muestrales inferenciales ni márgenes de error en términos de muestreo probabilístico.
Principales objetivos	Medir prevalencia de personas cuidadoras y hogares con necesidades de cuidado; caracterizar división sexual del trabajo; analizar redes de apoyo; estimar disposición al uso y pago de servicios; identificar barreras de acceso y segmentos prioritarios.	Caracterizar tipo e intensidad del cuidado; tiempo dedicado; remuneración y condiciones laborales; salud física y emocional; redes de apoyo; brechas territoriales y de género.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Enfoque cualitativo del diagnóstico

Técnica	Número de ejercicios	Población / actores participantes	Propósito analítico
Grupos focales	24 grupos (2 por región)	Personas cuidadoras (PC) y personas que requieren cuidados (PRC)	Comprender experiencias situadas del cuidado, identificar barreras, apoyos, impactos y aspiraciones desde una perspectiva territorial
Entrevistas a profundidad	38 entrevistas	Funcionariado público, organizaciones de la sociedad civil, sector privado, personas cuidadoras	Analizar marcos institucionales, capacidades, vacíos, coordinación intersectorial y percepción de la política pública de cuidados
Análisis documental y estadístico	Dossier y integrado	Fuentes oficiales (INEGI, CONEVAL, CEPAL, ONU Mujeres, OIT, entre otras)	Contextualizar los hallazgos empíricos y contrastarlos con evidencia secundaria nacional e internacional
Mapa digital interactivo	1 plataforma	Programas y servicios de cuidados	Identificar oferta institucional, distribución territorial y brechas de cobertura mediante ArcGIS Pro 3.5

Fuente: elaboración propia.



Descripción y análisis de los resultados obtenidos



Estos documentos presentan un diagnóstico integral sobre el sistema de cuidados en Jalisco, analizando la oferta, la demanda y las percepciones sociales desde una perspectiva técnica y humana. La investigación combina datos estadísticos con estudios cualitativos para visibilizar la desigual carga de trabajo no remunerado que asumen principalmente las mujeres. Se comparan modelos internacionales de éxito con la realidad local, destacando la necesidad de transitar hacia una corresponsabilidad real entre el Estado, el mercado y las familias. Los hallazgos subrayan barreras críticas como la falta de infraestructura accesible y el desgaste emocional de las personas cuidadoras en regiones urbanas y rurales.

Encuesta estatal en hogares sobre cuidados

La encuesta estatal en hogares analiza cómo se distribuyen las tareas de cuidado en los hogares del estado, además de identificar quiénes son las personas cuidadoras y cuál es la demanda latente de servicios de cuidado. También profundiza en los obstáculos para acceder a los servicios y en los perfiles que podrían beneficiarse de programas públicos. Los hallazgos más importantes del informe:

Alta prevalencia de personas cuidadoras y necesidades de cuidado:

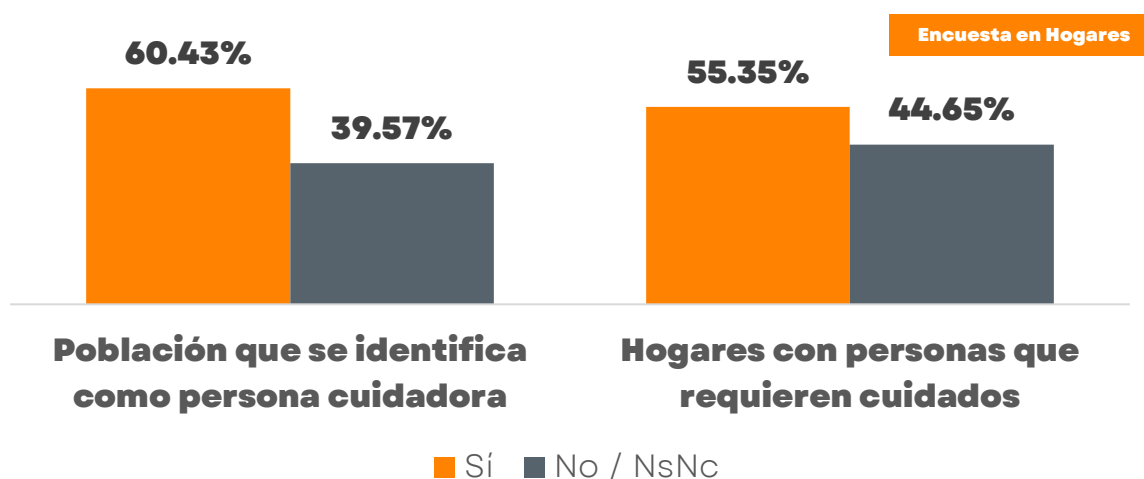
El diagnóstico evidencia que el cuidado es una experiencia ampliamente difundida en la sociedad jalisciense y no un fenómeno marginal. En efecto, el 60.4% de la población se identifica como persona cuidadora, mientras que el 55.3% de los hogares reporta contar con al menos una persona que requiere cuidados.

Estos datos muestran que el cuidado alcanza directamente a más de la mitad de los hogares del estado, lo que confirma su carácter estructural y su impacto generalizado en la vida cotidiana. La alta prevalencia tanto de personas cuidadoras como de necesidades de cuidado refuerza la idea de que el cuidado no puede abordarse únicamente como un asunto privado o familiar, sino que constituye un problema público que demanda una respuesta institucional articulada y de alcance estatal.

Gráfico 1. Prevalencia Estatal de Cuidados en Jalisco

Entendiéndose como persona cuidadora a quien realiza “actividades específicas para atender, asistir, acompañar, vigilar y/o brindar apoyo a otras personas con la finalidad de buscar su bienestar físico y la satisfacción de sus necesidades básicas”.

¿Se identifica como una persona cuidadora?



Fuente: Encuesta a población mayor a 15 años en el Estado de Jalisco. 1,619 casos con muestreo con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). Margen de error: +/- 2.44% global, con un ajuste por efecto de diseño del +/- 3.73%, desglose regional: +/- 4.35% para el AMG y +/- 6.91% para el interior. Nivel de confianza: 95%.

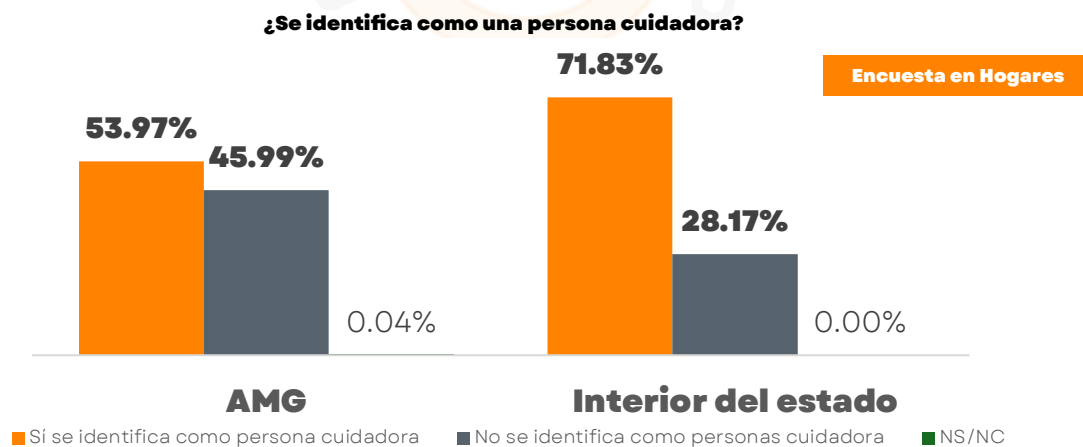
Diferencias territoriales significativas:

El diagnóstico muestra claras brechas territoriales en la prevalencia del cuidado y en la concentración de necesidades asociadas, con una mayor carga en las regiones del Interior del estado en comparación con el Área Metropolitana de Guadalajara (AMG). En el Interior, el 71.83% de la población se identifica como persona cuidadora, frente al 53.97% en el AMG, lo que evidencia una mayor intensidad del cuidado en contextos no metropolitanos.

De manera consistente, los hogares con necesidades de cuidado también son más frecuentes en el Interior (66.4%) que en el AMG (49.0%), lo que refleja una combinación de mayor demanda y menor disponibilidad relativa de servicios formales. Estas diferencias territoriales ponen de relieve la necesidad de una planeación diferenciada del Sistema Integral de Cuidados, capaz de reconocer las particularidades regionales, redistribuir recursos y fortalecer la oferta institucional en aquellas zonas donde el cuidado recae con mayor fuerza en los hogares y las capacidades locales son más limitadas.

Gráfico 2. Prevalencia Estatal de Cuidados AMG vs. Interior del estado

Entendiéndose como persona cuidadora a quien realiza “actividades específicas para atender, asistir, acompañar, vigilar y/o brindar apoyo a otras personas con la finalidad de buscar su bienestar físico y la satisfacción de sus necesidades básicas”.



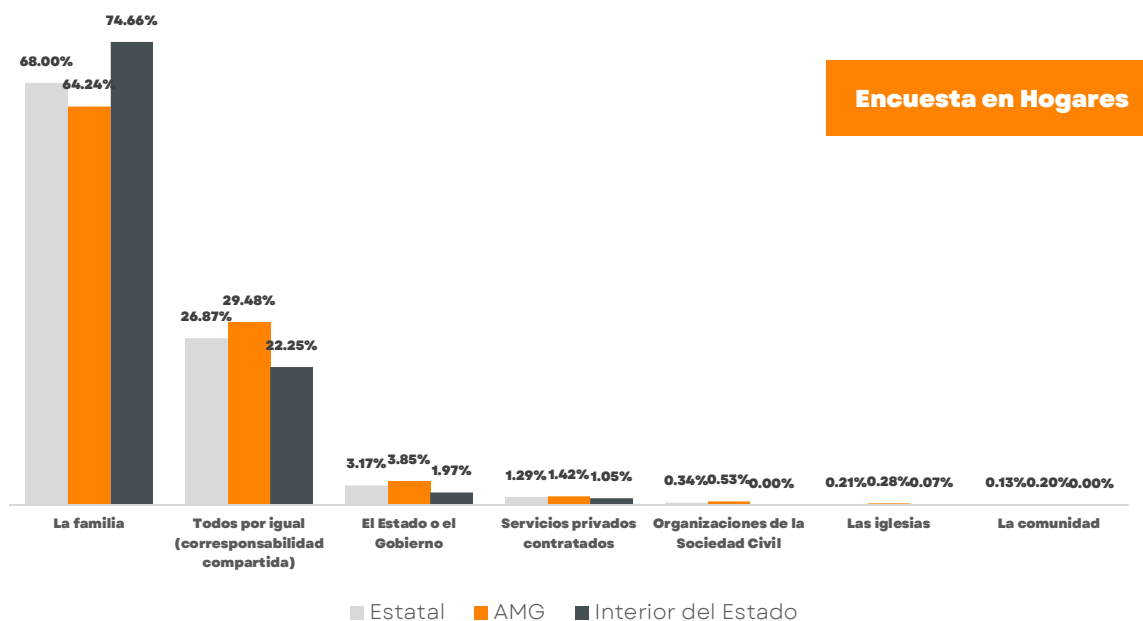
Fuente: Encuesta a población mayor a 15 años en el Estado de Jalisco. 1,619 casos con muestreo con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). Margen de error: +/- 2.44% global, con un ajuste por efecto de diseño del +/- 3.73%, desglose regional: +/- 4.35% para el AMG y +/- 6.91% para el interior. Nivel de confianza: 95%.

Distribución de tareas de cuidado y responsabilidad familiar:

El diagnóstico muestra que, si bien la mayoría de las personas cuidadoras (69.2%) recibe algún tipo de apoyo de otras personas en las actividades de cuidado, la familia continúa siendo considerada de manera abrumadora como la principal responsable, con 68.0% de las menciones. No obstante, se observa la presencia de un componente relevante de corresponsabilidad (26.9%), en particular entre las personas de menor edad, lo que sugiere una incipiente diversificación de los arreglos de cuidado en ciertos grupos poblacionales.

Gráfico 3. Percepción de la responsabilidad de los cuidados

En su opinión, ¿quién debería ser principalmente responsable de los cuidados?

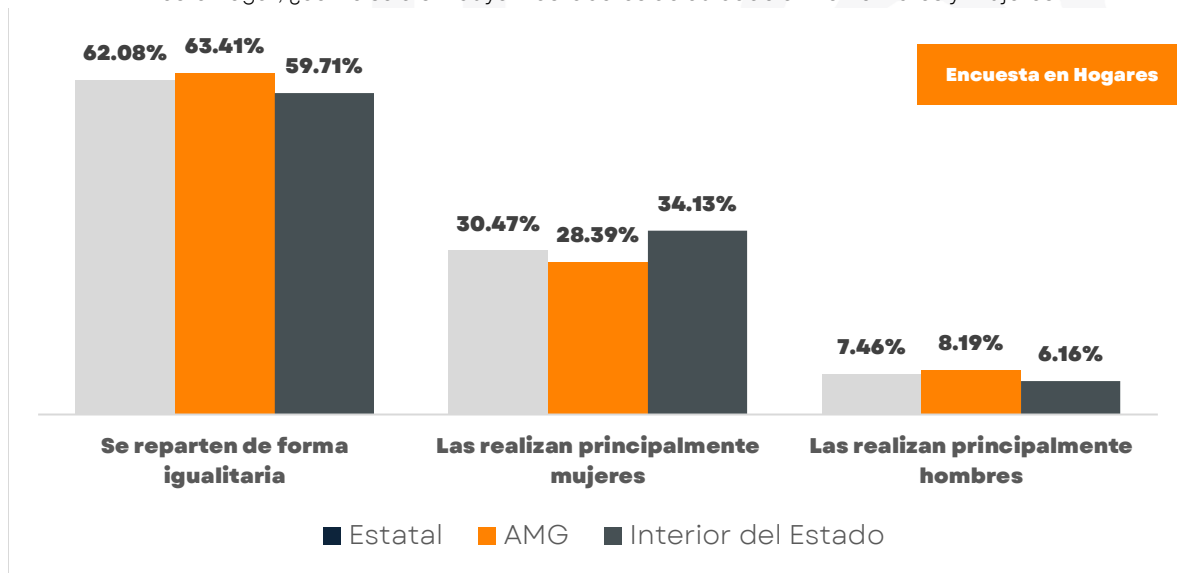


Fuente: Encuesta a población mayor a 15 años en el Estado de Jalisco. 1,619 casos con muestreo con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). Margen de error: +/- 2.44% global, con un ajuste por efecto de diseño del +/- 3.73%, desglose regional: +/- 4.35% para el AMG y +/- 6.91% para el interior. Nivel de confianza: 95%.

Al interior de los hogares, la madre sigue ocupando un lugar central en la provisión del cuidado (42.6%), aunque esta centralidad tiende a disminuir con la edad, dando paso a una redistribución progresiva de las responsabilidades hacia hijas, hijos y otros familiares. Estos hallazgos reflejan que, si bien persisten patrones tradicionales de asignación del cuidado, también existen dinámicas emergentes de corresponsabilidad que pueden fortalecerse mediante políticas públicas orientadas a redistribuir el cuidado más allá del ámbito familiar y a reducir su concentración en una sola persona.

Gráfico 4. Percepción de la distribución de las tareas de cuidado en el hogar (población en general)

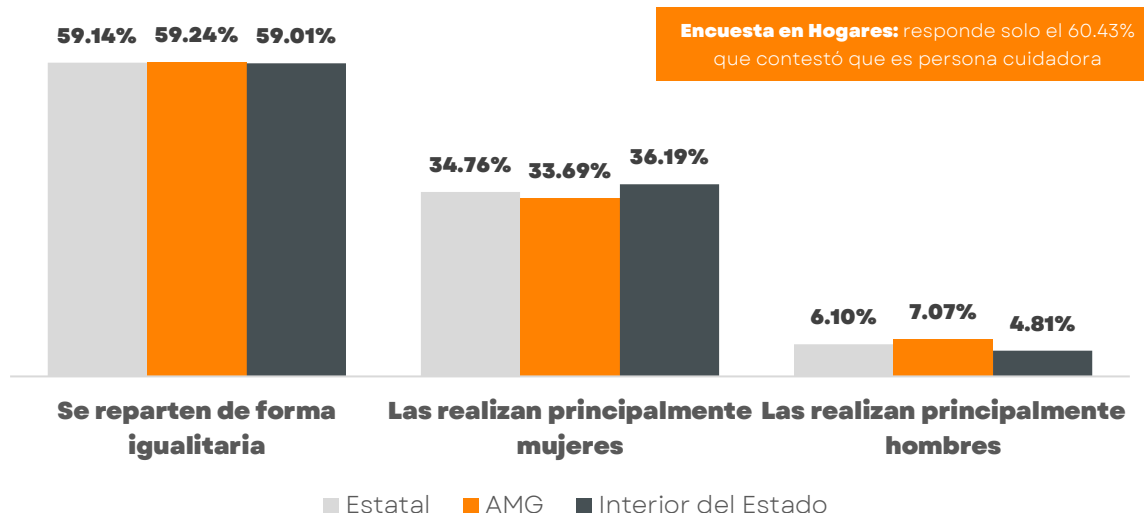
En este hogar, ¿cómo se distribuyen las labores de cuidado entre hombres y mujeres?



Fuente: Encuesta a población mayor a 15 años en el Estado de Jalisco. 1,619 casos con muestreo con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). Margen de error: +/- 2.44% global, con un ajuste por efecto de diseño del +/- 3.73%, desglose regional: +/- 4.35% para el AMG y +/- 6.91% para el interior. Nivel de confianza: 95%.

Gráfico 5. Percepción de la distribución de las tareas de cuidado en el hogar (personas cuidadoras)

En este hogar, ¿cómo se distribuyen las labores de cuidado entre hombres y mujeres?



Fuente: Encuesta a población mayor a 15 años en el Estado de Jalisco. 1,619 casos con muestreo con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). Margen de error: +/- 2.44% global, con un ajuste por efecto de diseño del +/- 3.73%, desglose regional: +/- 4.35% para el AMG y +/- 6.91% para el interior. Nivel de confianza: 95%.

Preferencias por servicios de cuidado:

El diagnóstico evidencia una fuerte preferencia por el cuidado en el hogar, la cual se manifiesta con mayor intensidad en el Interior del estado y entre los grupos de mayor edad. Esta preferencia no responde necesariamente a una elección libre, sino que está estrechamente



vinculada a la disponibilidad limitada de servicios formales accesibles y confiables. Cuando las personas consideran la posibilidad de utilizar servicios de cuidado formal, los atributos más valorados se relacionan con la calidad y

las condiciones operativas de estos: la presencia de personal altamente calificado es señalada por el 96.8% de las personas encuestadas, seguida de buenas instalaciones (95.2%), facilidades de movilidad (95.5%) y disponibilidad de espacios (93.8%). Asimismo, la asequibilidad (87.6%) y la cercanía (89.8%) son consideradas relevantes, aunque presentan una mayor dispersión en su valoración, lo que sugiere que las restricciones económicas y territoriales varían significativamente entre hogares y regiones.

En conjunto, estos hallazgos indican que, para promover el uso de servicios formales de cuidado, las políticas públicas deben priorizar estándares elevados de calidad, al tiempo que abordan las barreras de costo y de proximidad que condicionan las decisiones de los hogares.

Tabla 4. Aspectos del servicio ideal (población en general)

Al pensar en un servicio de cuidado ideal, ¿qué importancia da a los siguientes aspectos?

	Nada importante	Poco importante	Importante	Muy importante
Que tenga horarios flexibles	2.69%	4.02%	51.87%	41.41%
Cupos (que haya lugares)	2.60%	3.59%	49.66%	44.16%
Movilidad (que pueda trasladarme fácilmente)	1.51%	3.04%	49.17%	46.29%
Cercanía con mi hogar o lugar de trabajo	3.28%	6.95%	46.59%	43.18%
Que sea asequible (de bajo costo)	4.68%	7.73%	45.26%	42.33%
Que tenga personal altamente calificado	1.72%	1.45%	43.69%	53.14%
Que tenga buenas instalaciones	2.09%	2.67%	43.27%	51.96%

Fuente: Encuesta a población mayor a 15 años en el Estado de Jalisco. 1,619 casos con muestreo con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). Margen de error: +/- 2.44% global, con un ajuste por efecto de diseño del +/- 3.73%, desglose regional: +/- 4.35% para el AMG y +/- 6.91% para el interior. Nivel de confianza: 95%.

Segmentos de personas cuidadoras y brechas de desigualdad:

El análisis de los segmentos de personas cuidadoras permite identificar brechas relevantes en la distribución de la carga del cuidado. En este sentido, se construyó un grupo analítico “segmento prioritario (alto-alto)”, para las personas cuidadoras que presentan simultáneamente alta intensidad de cuidado (índice ADL alto) y alta sobrecarga emocional (índice Zarit alto).

Si bien no se observan diferencias estadísticamente significativas entre el Área Metropolitana de Guadalajara y el interior del estado, en la conformación de los segmentos prioritarios –definidos por niveles de alta carga de cuidado–, sí se identifica una asociación significativa con el sexo.

En particular, las mujeres concentran una proporción considerablemente mayor de este segmento alto-alto, alcanzando el 10.5% (respecto al 89.5% del total de mujeres), frente a apenas el 1.1% (respecto al 98.9% del total de hombres). Este hallazgo confirma que la alta carga de cuidado no se distribuye de manera neutral, sino que recae de manera desproporcionada en las mujeres, independientemente del territorio en el que habitan.

Desde una perspectiva de política pública, estos resultados refuerzan la necesidad de incorporar un enfoque de género transversal en el diseño del Sistema Integral de Cuidados, orientado a identificar y priorizar a los grupos con mayor sobrecarga y a diseñar apoyos específicos que contribuyan a reducir las desigualdades estructurales en la organización del cuidado.

Hallazgos para personas cuidadoras con alta carga de cuidado:

El análisis específico de las personas cuidadoras con alta carga de cuidado muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el Área Metropolitana de Guadalajara y el interior del estado en diversos aspectos clave. En particular, no se observan variaciones relevantes en la composición sociodemográfica de este grupo –incluyendo sexo, edad, nivel de escolaridad y ocupación– ni en su condición de segmento prioritario dentro del sistema de cuidados. Asimismo, la jerarquización de los atributos de los servicios de

cuidado se mantiene homogénea entre territorios, sin diferencias significativas en la valoración de factores como el costo, la cercanía, los horarios de atención o la disponibilidad de personal calificado.

Estos hallazgos sugieren que la experiencia de la alta carga de cuidado presenta patrones comunes a nivel estatal, independientemente del contexto territorial, lo que refuerza la necesidad de diseñar intervenciones transversales dirigidas a este segmento prioritario, complementadas con acciones territoriales específicas que atiendan las brechas de acceso y disponibilidad de servicios, sin fragmentar la respuesta pública para quienes enfrentan las mayores exigencias de cuidado.

Tabla 5. Aspectos del servicio ideal (personas cuidadoras)

Al pensar en un servicio de cuidado ideal, ¿qué importancia da a los siguientes aspectos?

	Nada importante	Poco importante	Importante	Muy importante
Que tenga personal altamente calificado	1.59%	1.59%	38.59%	58.23%
Movilidad (que pueda trasladarme fácilmente)	1.65%	1.14%	40.57%	56.63%
Que tenga buenas instalaciones	1.84%	1.65%	40.01%	56.50%
Que sea asequible (de bajo costo)	1.98%	4.46%	38.78%	54.78%
Cercanía con mi hogar o lugar de trabajo	1.66%	3.01%	40.75%	54.57%
Cupos (que haya lugares)	1.72%	2.42%	44.59%	51.27%
Que tenga horarios flexibles	1.98%	3.70%	44.99%	49.33%

Fuente: Encuesta Estatal a Personas Cuidadoras (por regiones), 1,600 casos con muestreo por conveniencia (no probabilístico) distribuido en las regiones del estado.

Hallazgos para personas cuidadoras jefas de hogar:

El análisis de las personas cuidadoras, jefas de hogar, identifica diferencias relevantes entre el Área Metropolitana de Guadalajara y el Interior del estado, particularmente en la composición educativa y en la recepción de programas sociales. Estas variaciones sugieren que, si bien la condición de jefatura de

hogar, combinada con responsabilidades de cuidado, implica altos niveles de vulnerabilidad en ambos contextos territoriales, los recursos educativos disponibles y el acceso a apoyos institucionales no se distribuyen de manera homogénea.

Desde una perspectiva de política pública, estos hallazgos indican la necesidad de diseñar estrategias diferenciadas de apoyo para las personas cuidadoras jefas de hogar, que consideren tanto las brechas educativas como los mecanismos de acceso a programas sociales, a fin de reducir las desigualdades territoriales y fortalecer la capacidad de estos hogares para sostener el cuidado en condiciones más equitativas y seguras.

Intensidad del cuidado:

El análisis de la intensidad del cuidado, medida mediante el índice ADL¹-cuidados –que integra actividades de cuidado personal, apoyo a la movilidad, actividades educativo-recreativas, alimentación y cuidados clínicos–, muestra que los niveles promedio de exigencia son comparables entre el Área Metropolitana de Guadalajara y el Interior del estado, sin que se identifiquen diferencias estadísticamente significativas en los distintos subíndices analizados. Este hallazgo sugiere que, independientemente del contexto territorial, las personas cuidadoras enfrentan cargas de cuidado similares en términos de tiempo, esfuerzo y complejidad de las tareas.

Desde una perspectiva de política pública, esta homogeneidad en la intensidad del cuidado refuerza la necesidad de establecer estándares estatales mínimos de apoyo para las personas cuidadoras, al tiempo que se complementan con acciones territoriales orientadas a mejorar el acceso a los

¹ **Índice ADL (Actividades de la Vida Diaria):** indicador sintético (reescalado de 0 a 100) construido para medir la intensidad del cuidado, basado en la cantidad y complejidad de actividades realizadas por la persona cuidadora.

servicios y a reducir las barreras específicas que enfrentan los hogares en distintas regiones.

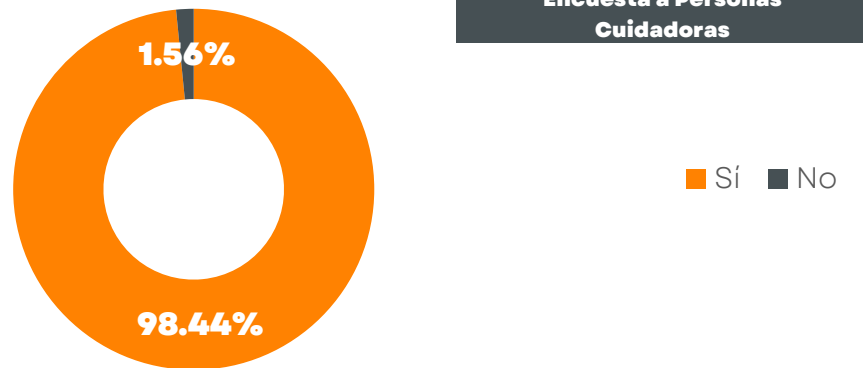
Encuesta estatal a personas cuidadoras por regiones

Esta encuesta ofrece un panorama detallado de las condiciones del cuidado en los hogares de Jalisco, basada en una encuesta aplicada a 1,600 personas cuidadoras. Aborda temas como las características sociodemográficas, la intensidad del trabajo, el acceso a apoyos y las desigualdades de género y territoriales. Destaca que la mayoría de quienes cuidan enfrentan cargas altas y prolongadas, con impactos claros en su bienestar, especialmente en las mujeres, y que existen diferencias importantes según la región donde viven. Los hallazgos más importantes son los siguientes:

Gráfico 6. Prevalencia Estatal de Cuidados en Jalisco

Entendiéndose como persona cuidadora a quien realiza “actividades específicas para atender, asistir, acompañar, vigilar y/o brindar apoyo a otras personas con la finalidad de buscar su bienestar físico y la satisfacción de sus necesidades básicas”.

¿Se identifica como una persona cuidadora?



Fuente: Encuesta Estatal a Personas Cuidadoras (por regiones). 1,600 casos con muestreo por conveniencia (no probabilístico) distribuido en las regiones del estado.

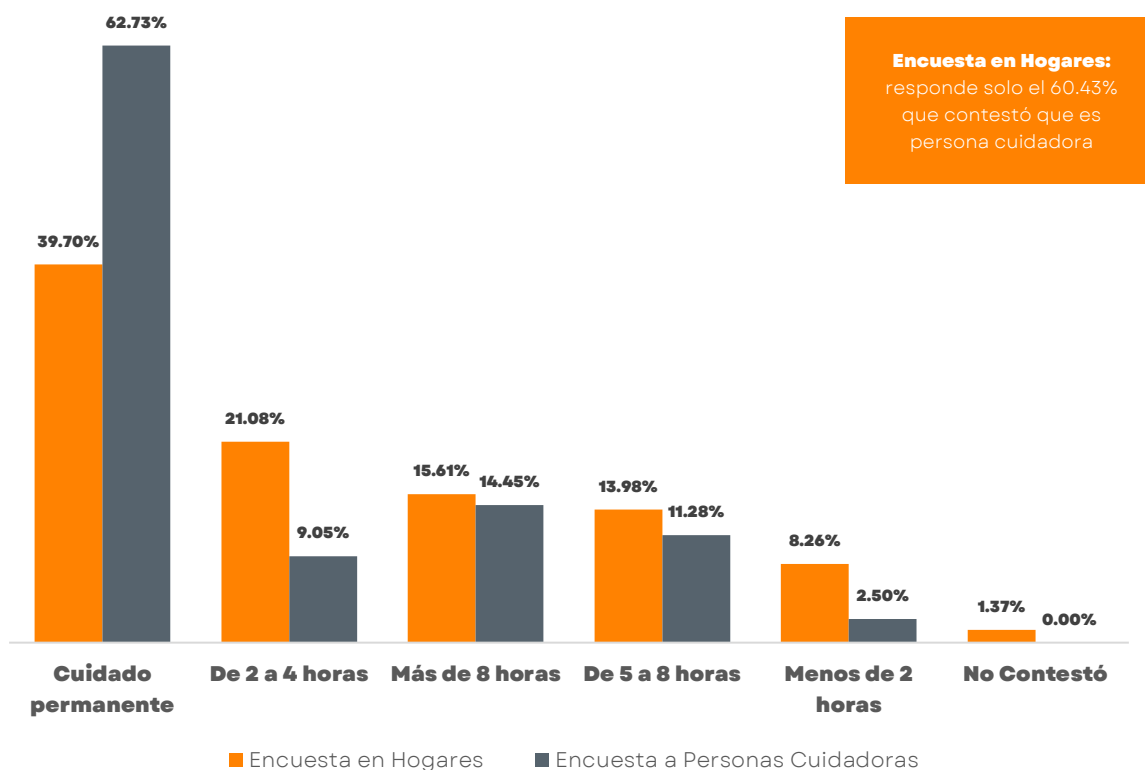
Alta carga de cuidado:

El diagnóstico evidencia que la carga de cuidado en los hogares es elevada y sostenida a lo largo del tiempo. Cerca del 76% de las personas cuidadoras

enfrentan niveles de carga alta o permanente, ya sea por la cantidad de horas dedicadas o por el grado de dependencia de la persona atendida, de ellas, el 90% percibe que esta situación será indefinida. Esta condición se traduce en un desgaste físico y emocional significativo, que se profundiza a medida que aumenta la intensidad del cuidado.

Gráfico 7. Tiempo destinado a los cuidados

¿Cuántas horas de cuidado le brinda al día (a la persona que cuida), en promedio?



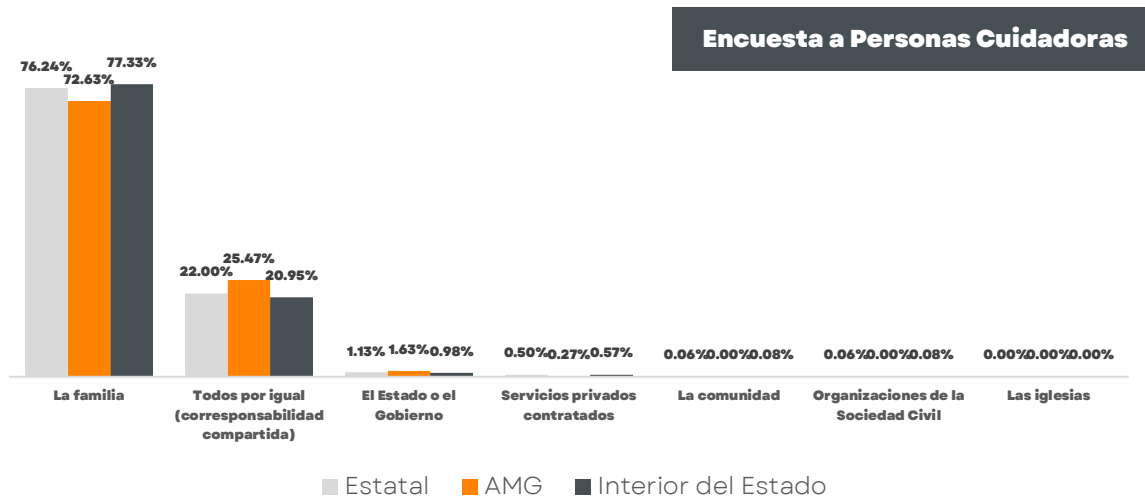
Fuente: Encuesta a población mayor a 15 años en el Estado de Jalisco. 1,619 casos con muestreo con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). Margen de error: +/- 2.44% global, con un ajuste por efecto de diseño del +/- 3.73%, desglose regional: +/- 4.35% para el AMG y +/- 6.91% para el interior. Nivel de confianza: 95%. Encuesta Estatal a Personas Cuidadoras (por regiones). 1,600 casos con muestreo por conveniencia (no probabilístico) distribuido en las regiones del estado.

En efecto, la percepción de que el acceso a los servicios de salud para la persona mayor es “poco” o “muy difícil” aumenta progresivamente según el

nivel de carga: 50.0% en situaciones de carga baja, 55.6% en carga media, 61.0% en carga alta y hasta 80.8% en casos de carga permanente o intensiva. A ello se suma un volumen elevado de tareas de salud y apoyo cotidiano, que alcanza un promedio de 60.7/100, particularmente en los niveles de carga alta y permanente.

Gráfico 8. Percepción de la responsabilidad de los cuidados

En su opinión, ¿quién debería ser principalmente responsable de los cuidados?

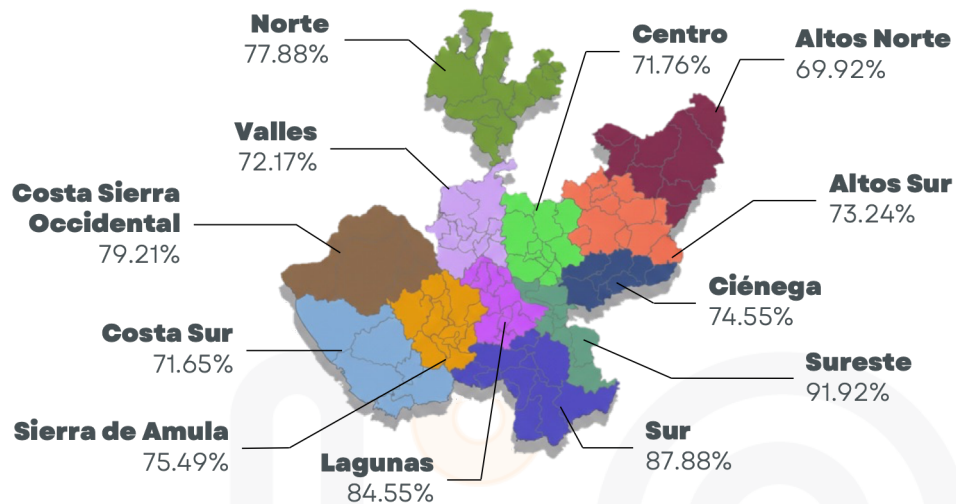


Fuente: Encuesta Estatal a Personas Cuidadoras (por regiones). 1,600 casos con muestreo por conveniencia (no probabilístico) distribuido en las regiones del estado.

Paralelamente, el diagnóstico muestra una limitada corresponsabilidad en el cuidado, ya que el 89.5% de los hogares se ubica en niveles bajos o medios, mientras que solo el 10.5% alcanza niveles altos de corresponsabilidad. En este contexto, el 35.5% de las personas cuidadoras señala una “preferencia obligada por cuidar en casa”, lo que refleja que, más que una elección libre, el cuidado domiciliario responde a la ausencia de alternativas accesibles y de apoyos institucionales suficientes.

Figura 1. Percepción de la responsabilidad de los cuidados por regiones (la familia)

En su opinión, ¿quién debería ser principalmente responsable de los cuidados?



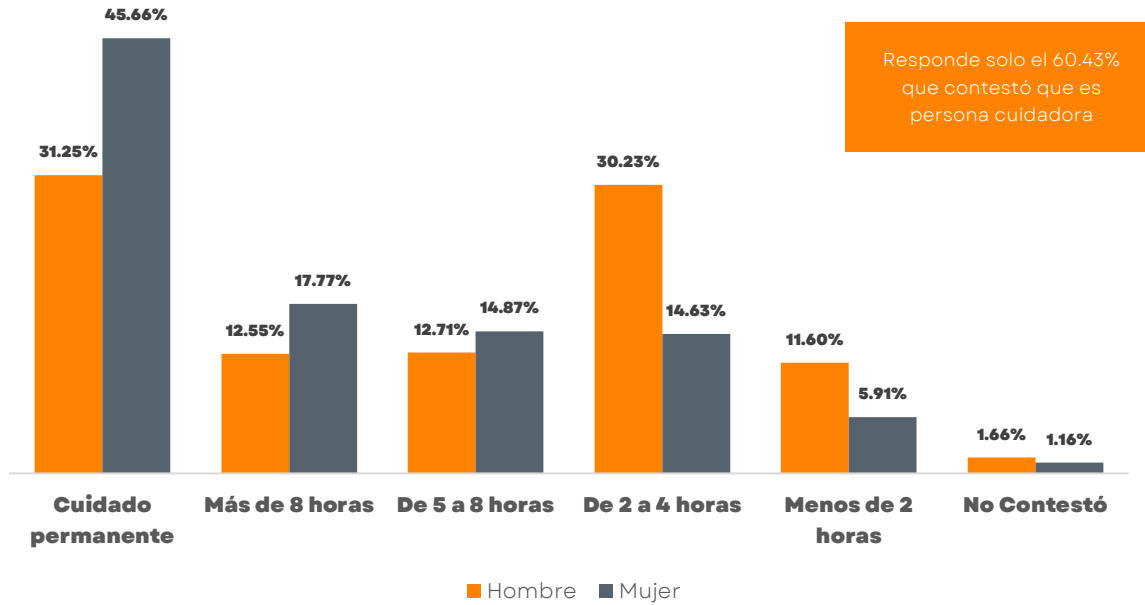
Fuente: Encuesta Estatal a Personas Cuidadoras (por regiones). 1,600 casos con muestreo por conveniencia (no probabilístico) distribuido en las regiones del estado.

Desigualdades de género:

El diagnóstico confirma que el cuidado en Jalisco está profundamente atravesado por desigualdades de género. Las mujeres constituyen la gran mayoría de la población cuidadora y concentran de manera desproporcionada los niveles más altos de carga física y emocional, además de participar con menor frecuencia en arreglos familiares corresponsables. En particular, el 60.5% de las mujeres cuidadoras se ubica en situaciones de carga permanente o intensiva, frente al 44.0% de los hombres, lo que evidencia una distribución inequitativa de las responsabilidades de cuidado. Esta desigualdad se refuerza al observar que las mujeres presentan una mayor exposición a contextos de baja corresponsabilidad en el hogar, con 46.9% frente a 25.0% en el caso de los hombres.

Gráfico 9. Tiempo destinado a los cuidados (por sexo)

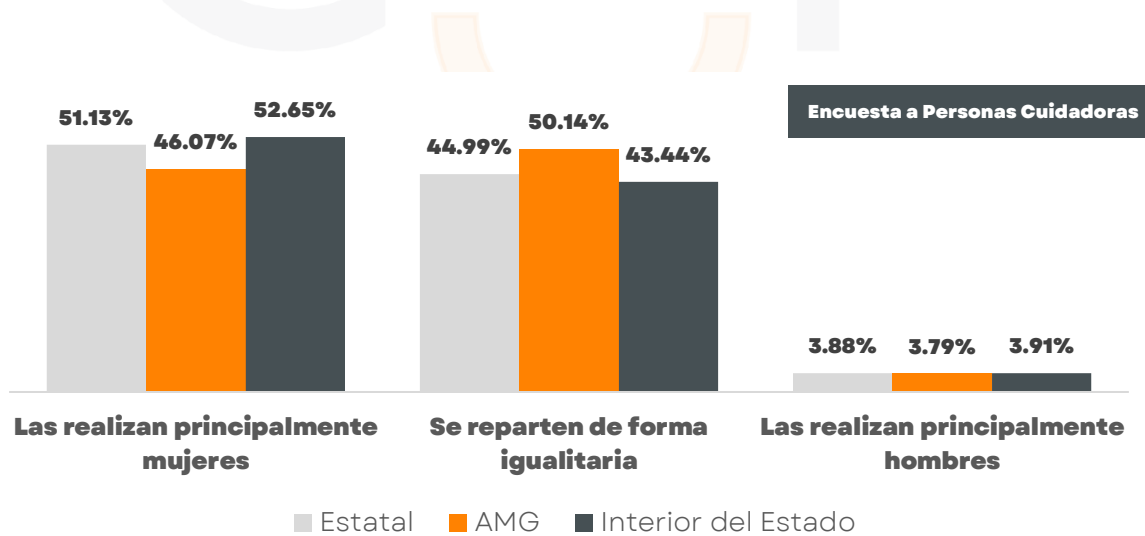
¿Cuántas horas de cuidado le brinda al día (a la persona que cuida), en promedio?



Fuente: Encuesta a población mayor a 15 años en el Estado de Jalisco. 1,619 casos con muestreo con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). Margen de error: +/- 2.44% global, con un ajuste por efecto de diseño del +/- 3.73%, desglose regional: +/- 4.35% para el AMG y +/- 6.91% para el interior. Nivel de confianza: 95%. Encuesta Estatal a Personas Cuidadoras (por regiones). 1,600 casos con muestreo por conveniencia (no probabilístico) distribuido en las regiones del estado.

Gráfico 10. Distribución de las tareas de cuidado en el hogar

En su hogar, ¿cómo se distribuyen las labores de cuidado entre hombres y mujeres?



Fuente: Encuesta Estatal a Personas Cuidadoras (por regiones). 1,600 casos con muestreo por conveniencia (no probabilístico) distribuido en las regiones del estado.

Asimismo, las mujeres expresan con mayor frecuencia la necesidad de apoyo emocional, con 11.9% frente a 9.4% de los hombres, lo que refleja no solo una mayor carga objetiva de cuidado, sino también un mayor impacto subjetivo y emocional asociado a la feminización del cuidado y a la limitada redistribución de responsabilidades.

Desigualdades territoriales:

El diagnóstico revela marcadas desigualdades territoriales en la intensidad del cuidado, el nivel de desgaste de las personas cuidadoras y el acceso efectivo a servicios de apoyo, particularmente en regiones rurales y no metropolitanas. Si bien la demanda de cuidados es elevada en diversas zonas del estado, esta no siempre se corresponde con una oferta suficiente de servicios de rehabilitación física, transporte adaptado y atención psicológica, lo que profundiza las brechas regionales. Regiones como el Sureste registran las proporciones más altas de baja corresponsabilidad, con 53.5%, lo que evidencia una mayor concentración del cuidado en los hogares y una redistribución limitada de responsabilidades.

En contraste, algunos apoyos específicos presentan una distribución territorial desigual: los apoyos para transporte destacan en Lagunas (22.9%) y Centro (22.0%), mientras que los centros de cuidado subsidiados se concentran con mayor frecuencia en Sierra de Amula, Sur y Costa Sur, con valores que oscilan entre 11.7% y 16.3%. Asimismo, el acceso a la terapia física es particularmente bajo en regiones con alta demanda de cuidados, mientras que Centro y Altos reportan una mayor utilización de este servicio, lo que sugiere una concentración de la oferta en zonas con mejores condiciones de infraestructura.

En el caso del apoyo económico directo, los porcentajes se mantienen relativamente homogéneos entre regiones, oscilando entre 30% y 37%, con valores especialmente elevados en el Sureste (37.1%) y los Valles (35.9%). Por su parte, el apoyo para el transporte presenta mayores niveles en Lagunas (24.8%),

Sierra de Amula (22.0%) y Centro (20.9%), mientras que los centros de cuidado gratuitos o subsidiados sobresalen en Lagunas (16.5%), Costa Sur (16.0%) y Centro (14.9%).

En conjunto, estos hallazgos evidencian que la disponibilidad y el acceso a los apoyos de cuidado varían significativamente según el territorio, lo que refuerza la necesidad de una planeación territorial diferenciada que atienda las brechas regionales y acerque los servicios a las zonas con mayor demanda y menor capacidad instalada.

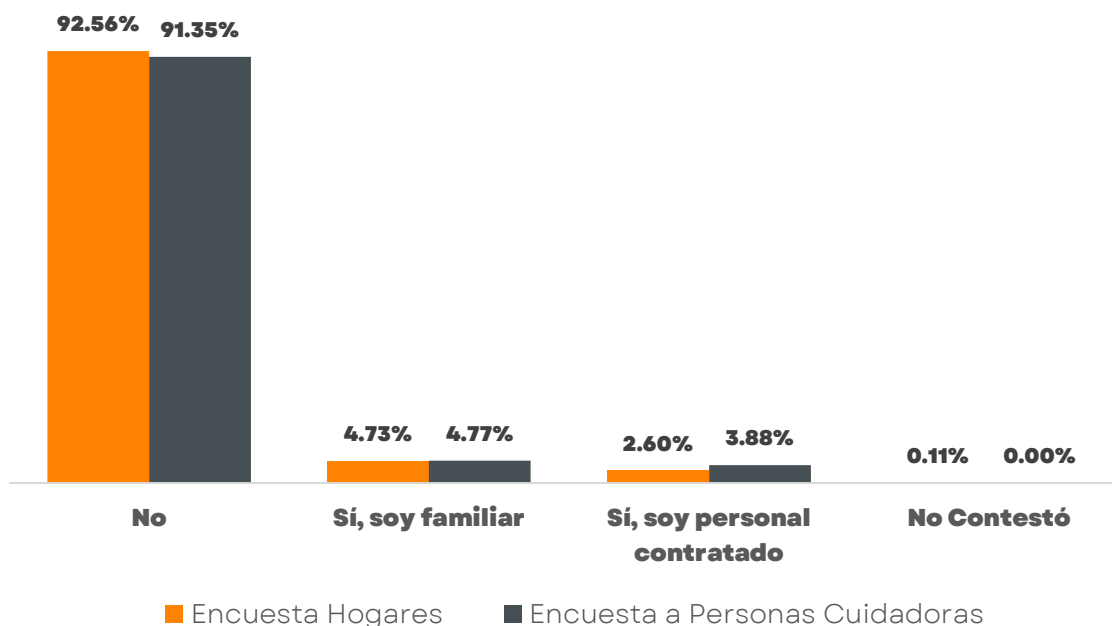
Brecha en el acceso a servicios:

El diagnóstico pone de manifiesto una insuficiencia estructural de apoyos de cuidado que se traduce en una brecha persistente entre la existencia formal de servicios y su uso efectivo por parte de las personas cuidadoras y quienes requieren cuidados. Si bien algunos servicios, como la rehabilitación física, son relativamente conocidos, su utilización real es limitada y aún más reducida en el caso de la atención psicoemocional: solo el 8.7% de las personas cuidadoras ha utilizado servicios de salud mental, a pesar de la elevada carga emocional asociada al cuidado intensivo. Esta baja utilización se explica por múltiples barreras de acceso, entre las que destacan la falta de servicios cercanos, el desconocimiento de la oferta disponible y la desconfianza en la calidad o el trato recibido. Entre quienes no utilizan servicios, el 50% señala que estos no existen cerca de su domicilio, mientras que, en la población general, el 22.3% afirma que no los usaría precisamente por la ausencia de oferta cercana. En general, el 11.7% de las personas cuidadoras indica no conocer opciones de servicios, y el 8.7% expresa desconfianza en su calidad.

A esta situación se suma la precarización económica del cuidado, ya que apenas el 8.6% de las personas cuidadoras recibe algún tipo de remuneración por esta labor. La oferta institucional vinculada a la capacitación, los derechos laborales y el reconocimiento del trabajo de cuidado se mantiene, en general, por debajo del 10% en todas las regiones, lo que limita las posibilidades de profesionalización y de protección social.

Gráfico 11. Remuneración de las personas cuidadoras

¿Recibe alguna remuneración o apoyo económico por sus labores de cuidado?



Fuente: Encuesta a población mayor a 15 años en el Estado de Jalisco. 1,619 casos con muestreo con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). Margen de error: +/- 2.44% global, con un ajuste por efecto de diseño del +/- 3.73%, desglose regional: +/- 4.35% para el AMG y +/- 6.91% para el interior. Nivel de confianza: 95%. Encuesta Estatal a Personas Cuidadoras (por regiones). 1,600 casos con muestreo por conveniencia (no probabilístico) distribuido en las regiones del estado.

En contraste, más del 80% de las personas cuidadoras declaran una alta necesidad de apoyos, con picos particularmente elevados en Altos Sur, Ciénega y Costa-Sierra Occidental, lo que evidencia un desajuste crítico entre la demanda y la oferta. Finalmente, las dificultades económicas se identifican como la principal barrera para cuidar en todo el estado, intensificándose en regiones como Lagunas, Valles, Sur y Sureste, así como en hogares con presencia de trabajo doméstico no remunerado y desempleo, profundizando las desigualdades existentes y reforzando el carácter estructural del problema.

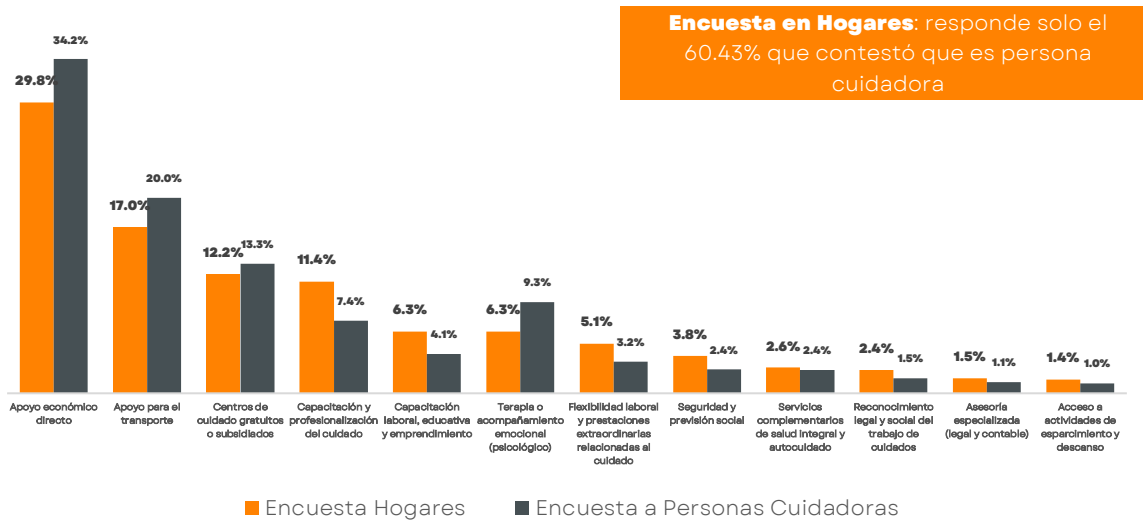
Necesidades primordiales:

El diagnóstico permite identificar con claridad las necesidades más apremiantes de las personas cuidadoras, que se concentran principalmente en

apoyos de carácter económico y operativo que les permitan sostener el cuidado en condiciones menos precarias. En primer lugar, el apoyo económico directo se posiciona como la demanda más mencionada, concentrando el 32.4% de las respuestas, lo cual resulta consistente con el hecho de que apenas el 8.6% de las personas cuidadoras recibe algún tipo de remuneración por el cuidado, a pesar del tiempo y la intensidad que esta labor implica.

Gráfico 12. Percepción de necesidades de las Personas Cuidadoras

¿Qué tipo de apoyo considera más necesario para las personas cuidadoras?



Fuente: Encuesta a población mayor a 15 años en el Estado de Jalisco. 1,619 casos con muestreo con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). Margen de error: +/- 2.44% global, con un ajuste por efecto de diseño del +/- 3.73%, desglose regional: +/- 4.35% para el AMG y +/- 6.91% para el interior. Nivel de confianza: 95%. Encuesta Estatal a Personas Cuidadoras (por regiones). 1,600 casos con muestreo por conveniencia (no probabilístico) distribuido en las regiones del estado.

En segundo término, el apoyo para el transporte representa el 19.6% de las menciones, lo que evidencia que los costos y las dificultades de traslado constituyen una barrera central para el acceso a servicios y la atención cotidiana de las personas que requieren cuidados. En tercer lugar, los centros de cuidado gratuitos o subsidiados concentran el 14.9% de las respuestas, lo que refleja la necesidad de contar con espacios alternativos que alivien la sobrecarga del cuidado en los hogares.

A estas demandas se suman la terapia o el acompañamiento psicológico, mencionado por el 11.6% de las personas cuidadoras, y los servicios de rehabilitación y atención médica especializada, requeridos por el 9.2%, lo que confirma que el cuidado no solo implica tareas físicas, sino también una carga emocional y sanitaria significativa. En conjunto, estos hallazgos muestran que las necesidades prioritarias de las personas cuidadoras combinan apoyos económicos, servicios accesibles y atención psicoemocional, y refuerzan la urgencia de una intervención pública integral que atienda simultáneamente estas dimensiones.

Tabla 6. Percepción de necesidades de las Personas Cuidadoras por regiones

¿Qué tipo de apoyo considera más necesario para las personas cuidadoras?

	Subsidios	Servicios
Sureste	60.73%	30.14%
Lagunas	58.17%	38.56%
Costa Sur	57.57%	33.53%
Sierra de Amula	55.67%	36.08%
Centro	55.45%	37.47%
Valles	54.63%	37.06%
Jalisco (estatal)	54.21%	37.59%
Sur	52.99%	36.57%
Altos Norte	52.65%	38.44%
Altos Sur	51.69%	41.30%
Ciénaga	50.80%	38.34%
Norte	50.57%	41.83%
Costa-Sierra Occidental	49.15%	39.32%

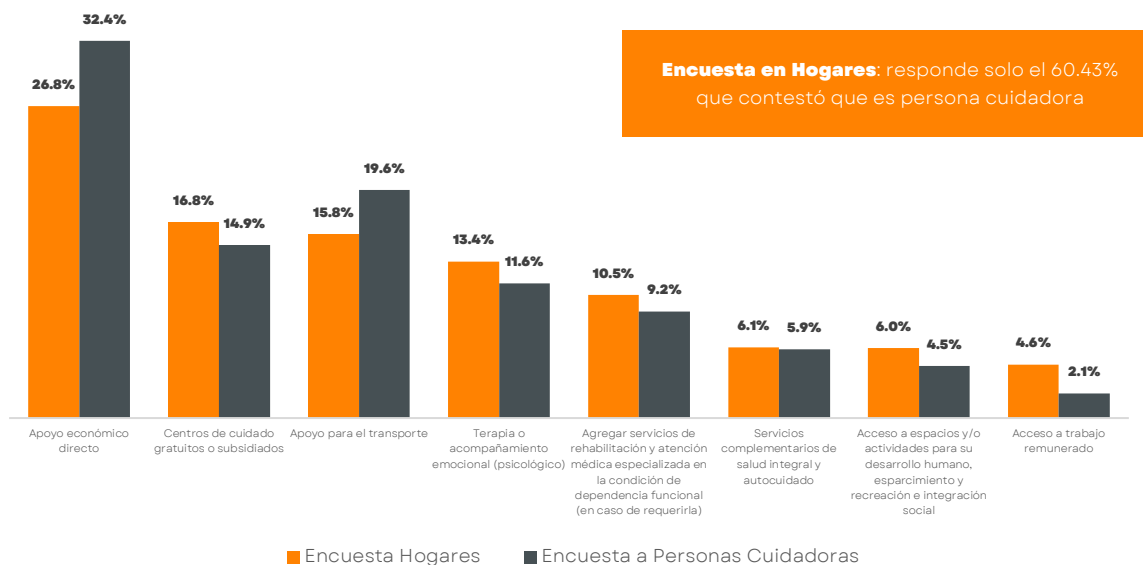
Fuente: Encuesta Estatal a Personas Cuidadoras (por regiones). 1,600 casos con muestreo por conveniencia (no probabilístico) distribuido en las regiones del estado.

Tipo de población atendida:

El diagnóstico muestra que la intensidad y las exigencias del cuidado varían significativamente según el tipo de población atendida. En particular, el cuidado de personas adultas con discapacidad o con enfermedades crónicas es el que genera mayores niveles de demanda y suele recaer con mayor frecuencia en una sola persona cuidadora, a diferencia del cuidado de niñas, niños y adolescentes, que tiende a distribuirse de forma más equilibrada entre distintos miembros del hogar. Esta diferencia se refleja en la percepción de la necesidad de apoyos: el 80.3% de quienes cuidan a personas con discapacidad o enfermedades crónicas reporta una alta necesidad de apoyos, proporción que se eleva aún más entre quienes atienden a otros adultos o a combinaciones de personas dependientes, alcanzando el 83.4%.

Gráfico 13. Percepción de necesidades de las Personas que Requieren Cuidados

¿Qué tipo de apoyo considera más necesario para las personas que requieren cuidados?



Fuente: Encuesta a población mayor a 15 años en el Estado de Jalisco. 1,619 casos con muestreo con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). Margen de error: +/- 2.44% global, con un ajuste por efecto de diseño del +/- 3.73%, desglose regional: +/- 4.35% para el AMG y +/- 6.91% para el interior. Nivel de confianza: 95%. Encuesta Estatal a Personas Cuidadoras (por regiones). 1,600 casos con muestreo por conveniencia (no probabilístico) distribuido en las regiones del estado.

Si bien quienes cuidan a niñas, niños y adolescentes presentan una proporción menor de necesidades altas de apoyo (68.9%), esta sigue siendo mayoritaria, lo que indica que incluso en contextos donde el cuidado se distribuye de manera relativamente más equitativa, la demanda de apoyos institucionales continúa siendo elevada. En conjunto, estos hallazgos evidencian que el tipo de población atendida es un factor determinante de la carga del cuidado y refuerzan la necesidad de diseñar apoyos diferenciados según el perfil de dependencia y las dinámicas del cuidado en los hogares.

Tabla 7. Percepción de necesidades de las Personas que Requieren Cuidados (por regiones)

¿Qué tipo de apoyo considera más necesario para las personas que requieren cuidados?

	Subsidios	Servicios
Lagunas	59.08%	36.30%
Valles	58.65%	35.26%
Sureste	56.11%	37.10%
Costa Sur	55.78%	40.17%
Centro	52.42%	41.55%
Jalisco (estatal)	51.91%	41.5%
Sierra de Amula	50.34%	42.12%
Altos Norte	50.00%	41.35%
Costa-Sierra Occidental	49.15%	43.73%
Sur	48.53%	45.22%
Ciénaga	48.37%	44.77%
Norte	47.73%	45.45%
Altos Sur	47.20%	44.04%

Fuente: Encuesta Estatal a Personas Cuidadoras (por regiones). 1,600 casos con muestreo por conveniencia (no probabilístico) distribuido en las regiones del estado.

Entrevistas a profundidad

Este informe presenta un análisis profundo basado en entrevistas con distintos actores relacionados al cuidado, como empresarios, voluntarios y tomadores de decisiones. Se enfocan en identificar barreras estructurales, impactos en la vida diaria, y la relación entre el apoyo recibido y el desgaste que enfrentan quienes brindan cuidados. Estos son los hallazgos más importantes:

Personas que requieren cuidados

Las personas que requieren cuidados se posicionan desde una condición de dependencia funcional, evaluando el sistema de cuidados como un conjunto de soportes necesarios (servicios, infraestructura, trato) para sostener su vida cotidiana. El discurso se estructura alrededor de cinco ejes centrales, siendo el más estructurante los apoyos formales y servicios, que son conceptualizados como infraestructura básica de vida. Las tensiones centrales del discurso incluyen la distancia entre la existencia nominal del servicio y el acceso real (Barreras), y la convivencia entre la dependencia funcional y la demanda de dignidad y autonomía.

Empresarios

El empresariado se posiciona como un actor externo al cuidado directo, reconociendo el fenómeno solo en la medida en que afecta la relación laboral, el ausentismo y la productividad. El eje central es la corresponsabilidad entendida como flexibilidad operativa (permisos negociados y ajustes de horarios), que se presenta como concesión discrecional y no como política institucionalizada. La tensión estructural clave es que el empresariado reconoce el cuidado como realidad laboral, pero lo externaliza como responsabilidad, resistiéndose a institucionalizar los apoyos para mantener el control y evitar costos.

Voluntarios/as de asociaciones civiles o colectivos de cuidado

Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) actúan como un actor de enlace que emerge para llenar los vacíos del sistema formal, sosteniendo a personas y familias donde la cobertura no alcanza. El discurso se organiza en torno a la atención de necesidades no cubiertas, el acompañamiento continuo (mediación entre familias e instituciones) y la construcción de redes comunitarias. Una tensión central es que la acción de las OSC actúa como sustitución del sistema estatal, lo que plantea el riesgo de normalizar la precariedad si la acción voluntaria se vuelve estructural.

Tomadores/as de decisión

Las y los tomadores de decisión se posicionan desde la capacidad formal de diseño, regulación y articulación del sistema de cuidados, concibiéndolo como un campo de política pública en construcción. Los ejes centrales incluyen la construcción de la arquitectura institucional del sistema, la viabilidad administrativa y presupuestal, y la coordinación interinstitucional, definiendo el cuidado como un problema de gobernanza. Una tensión clave es la distancia entre el reconocimiento del cuidado como derecho (enunciativo) y su implementación gradual y limitada, condicionada por recursos y capacidades institucionales.

Barreras estructurales y sus impactos en la vida cotidiana del cuidado

Este estudio muestra que las barreras que enfrentan las personas cuidadoras no operan de manera aislada, sino que se configuran como mecanismos estructurales que producen impactos acumulativos a lo largo del tiempo. Estas barreras dan lugar a trayectorias de cuidado frecuentemente interrumpidas e insostenibles, en las que las personas cuidadoras deben adaptarse de forma constante a condiciones adversas, sin contar con apoyos estables. En particular, la insuficiencia de apoyos formales se encuentra estrechamente vinculada con afectaciones a la salud física y con un mayor nivel de riesgo, ya que la ausencia de soporte institucional obliga a recurrir a soluciones improvisadas que incrementan la probabilidad de desgaste y daño corporal. De

manera complementaria, las barreras geográficas, asociadas a la distancia y a la limitada capacidad de los servicios disponibles, así como los problemas de accesibilidad física, se relacionan directamente con impactos en la salud emocional y con procesos de aislamiento social, en la medida en que un entorno inadecuado restringe la movilidad, limita la participación social y profundiza la sensación de soledad de quienes cuidan. En conjunto, estos elementos evidencian que las barreras estructurales no solo dificultan el acceso a servicios, sino que deterioran de manera sistemática la calidad de vida de las personas cuidadoras y de quienes requieren cuidados.

Relación entre la existencia de apoyos y el desgaste en el cuidado

Este estudio permite identificar que el desgaste asociado al cuidado no es un fenómeno individual ni circunstancial, sino un resultado estructural de un sistema de apoyos incompleto y fragmentado. Este desgaste se intensifica particularmente cuando el cuidado queda encerrado en redes cortas, fundamentalmente el ámbito doméstico, sin la existencia de capas de respaldo institucional que amortigüen la carga. La inexistencia o insuficiencia de apoyos formales traslada de manera directa los costos del cuidado –en términos de tiempo, esfuerzo físico y recursos económicos– al interior de los hogares, profundizando la sobrecarga de las personas cuidadoras. A ello se suma que, en el plano informal, el cuidado tiende a concentrarse en la familia nuclear, lo que reduce las posibilidades de rotación de responsabilidades, relevo y descanso, y limita el acceso a mecanismos de respiro. En conjunto, estos factores configuran un círculo de desgaste progresivo que compromete la sostenibilidad del cuidado en el tiempo y refuerza la necesidad de fortalecer la oferta pública de apoyos como condición para proteger el bienestar de quienes cuidan y de quienes requieren cuidados.

Grupos focales

El estudio de grupos focales analiza el sistema de cuidados desde una perspectiva cualitativa y territorial a partir de 24 grupos focales en 12 regiones, diferenciando entre personas cuidadoras y personas que requieren cuidados. Se analizaron tres ejes: 1) barreras, apoyos formales y servicios; 2) impactos del

cuidado, corresponsabilidad y género; y 3) aspiraciones, proyecto de vida y política.

Las narrativas muestran que el cuidado no es homogéneo; las personas cuidadoras lo viven como un proceso que reorganiza su vida, mientras que las personas que requieren cuidados lo expresan desde la dependencia y autonomía negociada. El estudio evidencia que el cuidado es un fenómeno situado, relacional y territorialmente mediado. Los hallazgos aportan evidencia para avanzar hacia políticas de cuidado diferenciadas.

Narrativas de Personas Cuidadoras

Las personas cuidadoras narran el cuidado anclado en un evento concreto y lo describen como una responsabilidad relacional, asociado al desgaste y esfuerzo sostenido en regiones como Centro y Altos. En la vida diaria, el cuidado se presenta como un estado continuo de vigilancia, con cansancio y falta de descanso como telón de fondo persistente. Las carencias reiteradas a nivel estatal son recursos económicos y materiales, disponibilidad de tiempo y descanso, y acompañamiento emocional.

Narrativas de Personas que Requieren Cuidados

Las personas que requieren cuidados describen su vida cotidiana destacando limitaciones físicas y la forma en que el cuidado se integra a su rutina; la autonomía se describe como gradual y negociada. Las barreras más reiteradas son la infraestructura urbana inaccesible, las dificultades de transporte y la falta de insumos médicos. Las aspiraciones se concentran en mantener actividades significativas, preservar vínculos familiares y reducir la percepción de ser una carga.

Implicaciones Explicativas para Políticas Públicas

- El acceso al sistema es condicional, no automático, lo que implica que la cobertura formal no equivale a acceso efectivo.

- Las salidas del sistema son resultado de una acumulación de cierres en distintos nodos (ej. exclusión, desabasto), no de una sola falla.
- La familia se consolida como infraestructura de cuidado después de que el sistema ha salido del horizonte, lo que sugiere que su centralidad es un resultado de trayectorias institucionales.

Dossier Estatal: Análisis del Sistema Integral de Cuidados en Jalisco

Como complemento a la investigación de campo, se incorpora un análisis técnico basado en fuentes estadísticas oficiales y en la revisión normativa vigente. Este apartado tiene como objetivo recopilar información sobre la demanda potencial y la oferta institucional de cuidados desde una perspectiva macroestructural, articulando datos demográficos, económicos y administrativos.

Dinámica demográfica y distribución territorial de la demanda

El análisis de la transición demográfica indica un proceso de envejecimiento sostenido en la entidad. Para 2025, el grupo de 60 a 64 años constituirá el 30.7% de la población adulta mayor, mientras que el segmento de 75 años y más representará el 27.8%.

Los datos muestran una brecha de género en la seguridad económica de este grupo poblacional: el 68.7% de los hombres de 60 años y más cuenta con pensión o jubilación, frente al 18.5% de las mujeres en el mismo rango de edad. Esta disparidad incide en la capacidad de financiamiento autónomo de servicios de cuidado en la vejez.

En términos territoriales, la prevalencia de discapacidad y limitaciones presenta una distribución heterogénea. Las mayores concentraciones relativas se ubican en regiones no metropolitanas, específicamente en la Región Norte

y Sierra de Amula, registrando porcentajes superiores al promedio estatal en municipios como Tuxcacuesco (13.7%) y Tonaya (12.5%).

Valor económico y carga de trabajo no remunerado

La medición de la economía de los cuidados, basada en la Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado de los Hogares de México, establece que el valor económico de estas labores equivale al 26.3% del Producto Interno Bruto (PIB) nacional. Jalisco se ubica entre las entidades con mayor contribución a este valor agregado.



La distribución de esta carga de trabajo presenta diferencias significativas por sexo. Las mujeres aportan el 75% del total del trabajo de cuidados no remunerado. En términos de tiempo, las mujeres destinan un promedio de 37.9 horas semanales a

estas actividades, en comparación con las 25.6 horas dedicadas por los hombres.

Oferta institucional y marco normativo

El mapeo institucional identifica que la oferta pública de cuidados en Jalisco se concentra principalmente en cuatro dependencias: la Secretaría del Sistema de Asistencia Social (SSAS), DIF Jalisco, la Secretaría de Educación (SEJ) y la Secretaría de Igualdad Sustantiva (SISEMH). Los mecanismos de intervención predominantes son los servicios de asistencia infantil y rehabilitación, así como transferencias económicas focalizadas, como el programa “Jalisco Te Cuida”.

A nivel local, se observa un desarrollo desigual en la implementación de sistemas municipales. Mientras municipios del Área Metropolitana de

Guadalajara como Zapopan, Guadalajara y Tlajomulco han avanzado en la armonización reglamentaria y la creación de programas propios, persiste el reto de homogeneizar la cobertura y la capacidad operativa en el resto de las regiones del estado.

Plataforma de visualización territorial: Mapa Digital del Sistema de Cuidados

Se desarrolló una herramienta interactiva integrada para su anclaje en el portal institucional del DIF Jalisco. Este instrumento tiene la doble función de reducir las barreras de acceso a la información para la ciudadanía y fungir como un insumo estratégico para la toma de decisiones públicas, al permitir la lectura georreferenciada de la oferta instalada.

Inventario y tipología de la oferta

La plataforma opera como un Catálogo Estatal de Servicios dinámico que, al momento de su implementación, integra poco más de 4 mil centros o servicios de cuidado distribuidos en la entidad. Este inventario articula información de:

- Sistema DIF Jalisco y Sistemas Municipales.
- Sistema de Asistencia Social del Gobierno de Jalisco (SSAS).
- Sistema de Información de Cuidados (SIDEKU).

Funcionalidad técnica y gestión de datos

Desarrollada bajo el sistema ArcGIS Pro 3.5, la herramienta permite la visualización multiescalar y el filtrado de información a través de cuatro criterios rectores: tipo de servicio, población objetivo (niñez, personas mayores, personas con discapacidad, entre otros), ubicación municipal y naturaleza institucional (pública o privada).

Adicionalmente, el sistema habilita la descarga de la base de datos abierta en formatos compatibles con hojas de cálculo, lo que facilita su uso para el análisis estadístico y la investigación académica. De esta manera, el mapa no solo

visibiliza la oferta existente, sino que permite identificar zonas de concentración y vacíos de cobertura, constituyéndose como una base técnica para la expansión territorial del Sistema Integral de Cuidados.

Patrones estructurales del cuidado en Jalisco: hallazgos transversales del diagnóstico

El análisis conjunto de los estudios cuantitativos y cualitativos que conforman este diagnóstico permite identificar patrones estructurales del cuidado que se repiten de manera consistente, independientemente del instrumento utilizado o del grupo poblacional analizado. Estos hallazgos transversales no corresponden a fenómenos aislados ni a problemáticas coyunturales, sino a tendencias profundas y persistentes en la organización social del cuidado en Jalisco. La identificación de estos patrones es fundamental, ya que permite distinguir los elementos esenciales sobre los cuales debe centrarse la intervención pública y constituye el vínculo analítico entre el diagnóstico empírico y la construcción de la hoja de ruta del Sistema Integral de Cuidados.

1. El cuidado es un fenómeno estructural, no marginal ni excepcional

La totalidad de los estudios revisados coincide en que el cuidado constituye un fenómeno generalizado en la sociedad jalisciense. Más de la mitad de los hogares presenta necesidades de cuidado y una proporción similar de la población se identifica como persona cuidadora. Esta centralidad se evidencia tanto en los datos cuantitativos como en las narrativas cualitativas, donde el cuidado se configura como un eje organizador de la vida cotidiana, el tiempo, el trabajo y las trayectorias vitales. La convergencia de fuentes refuerza que el cuidado debe ser abordado como un problema público estructural, y no como un asunto privado o residual.

2. La familia opera como infraestructura principal del cuidado, pero por descarte institucional

Existe consenso en que la familia, y especialmente la familia nuclear, opera como la principal infraestructura del cuidado, no como resultado de una preferencia libre, sino como consecuencia de la insuficiencia y fragilidad del sistema formal de apoyos. Tanto las encuestas como los grupos focales y entrevistas evidencian que el cuidado se concentra en el hogar cuando los servicios formales resultan inaccesibles debido a barreras de acceso, distancia, costos o desconfianza. Por lo tanto, la centralidad familiar constituye un resultado sistémico y no una elección cultural aislada.

3. Feminización persistente del cuidado y concentración de la carga

La totalidad de los estudios revisados coincide en que el cuidado está profundamente feminizado y que las mujeres asumen los niveles más altos de carga física, emocional y temporal, independientemente del territorio. Los datos cuantitativos evidencian una sobrerrepresentación femenina en los segmentos de alta carga, mientras que los estudios cualitativos describen trayectorias de desgaste, renuncia y sobrecarga emocional. Esta convergencia confirma que el cuidado reproduce desigualdades de género estructurales y que cualquier política que no las aborde explícitamente corre el riesgo de profundizarlas. Alta carga, desgaste y sostenimiento prolongado del cuidado.

Una tendencia transversal es que el cuidado no es episódico ni temporal, sino prolongado e indefinido. Las personas cuidadoras reportan cargas altas o permanentes, y más del 90% anticipa que el cuidado continuará en el tiempo. Los análisis cualitativos refuerzan esta idea al describir el cuidado como un “estado continuo de vigilancia”, sin descanso ni relevo. El desgaste físico y emocional aparece de manera consistente como un resultado estructural del déficit de apoyos, no como una condición individual.

4. Brecha sistemática entre existencia formal de servicios y acceso efectivo

Todos los instrumentos analizados coinciden en una tensión fundamental: la existencia nominal de servicios no se traduce en acceso efectivo. Las encuestas cuantifican la baja utilización de servicios, mientras que entrevistas

y grupos focales identifican las causas principales: distancia, falta de transporte, desabasto, trámites, desconfianza y costos indirectos. El análisis de coocurrencia revela que estas barreras actúan de manera acumulativa, generando trayectorias de exclusión del sistema. La convergencia de fuentes confirma que el problema no se limita a la cobertura, sino que involucra el diseño, la accesibilidad y la usabilidad del sistema.

5. Desigualdades territoriales persistentes, pero con patrones comunes de carga

Los estudios coinciden en que existen brechas territoriales relevantes en acceso a servicios, corresponsabilidad y apoyos, particularmente en regiones rurales y no metropolitanas. Sin embargo, también convergen en señalar que la intensidad del cuidado y la experiencia del desgaste son similares en todo el estado, una vez que se alcanza la alta carga. Esto sugiere que el sistema requiere estándares estatales mínimos universales, complementados por estrategias territoriales diferenciadas, y no políticas fragmentadas por región.

6. Déficit estructural de corresponsabilidad social e institucional

Existe consenso en que la corresponsabilidad fuera del hogar es limitada, discrecional o informal. El sector privado se posiciona como un actor periférico que responde mediante flexibilidad negociada, en lugar de políticas institucionalizadas. La sociedad civil actúa como amortiguador de las deficiencias del sistema, mientras que el Estado reconoce el cuidado como derecho, aunque su implementación es gradual y limitada. Esta convergencia evidencia que el cuidado continúa siendo sostenido por redes cortas, sin respaldo institucional suficiente.

7. Demanda clara de apoyos económicos, servicios accesibles y acompañamiento emocional

La totalidad de los estudios revisados coincide en que las necesidades prioritarias se centran en apoyos económicos directos, transporte, servicios de cuidado accesibles y acompañamiento psicoemocional. Las narrativas

cuantitativas refuerzan que estas demandas constituyen condiciones mínimas para sostener el cuidado sin comprometer proyectos de vida, salud y bienestar. Esta coincidencia transversal proporciona una base sólida para priorizar acciones de alto impacto temprano.

Discusión e interpretación de los hallazgos del diagnóstico del sistema de cuidados en Jalisco

Los patrones estructurales del cuidado identificados en el diagnóstico del Sistema de Cuidados en Jalisco presentan una alta consistencia con la literatura especializada y con diagnósticos comparativos a nivel regional e internacional. La evidencia empírica demuestra que el cuidado afecta a la mayoría de la población y de los hogares, lo que confirma su carácter estructural y masivo, en lugar de tratarse de una problemática marginal. Este hallazgo coincide con los planteamientos de la CEPAL, que ha documentado una *crisis estructural de los cuidados* en América Latina, caracterizada por una demanda creciente y una provisión institucional insuficiente y desigual (CEPAL, 2021; CEPAL, 2022). Asimismo, ONU Mujeres ha destacado que el cuidado constituye un pilar central, aunque históricamente invisibilizado, del bienestar social y del funcionamiento económico (ONU Mujeres, 2020).

El diagnóstico confirma que la familia sigue siendo la principal infraestructura del cuidado, no por una preferencia cultural libremente elegida, sino debido a la limitada disponibilidad de servicios accesibles y confiables. Esta interpretación coincide con los análisis de la OIT, que define este fenómeno como *familiarismo implícito*, donde el Estado delega de facto la responsabilidad del cuidado en los hogares ante la ausencia de políticas públicas robustas (OIT, 2018; OIT, 2022). La CEPAL advierte que esta organización social del cuidado transfiere los costos del bienestar a las familias y profundiza las desigualdades sociales y económicas, especialmente en contextos de informalidad y pobreza (CEPAL, 2021).

La feminización persistente del cuidado constituye otro punto de convergencia central entre el diagnóstico de Jalisco y la literatura especializada. En el ámbito estatal, las mujeres presentan los niveles más altos de carga física y emocional, así como una mayor presencia en los segmentos prioritarios de alta carga. Este patrón reproduce lo documentado de manera consistente por ONU Mujeres y la OIT, que estiman que las mujeres realizan entre el 70% y el 80% del trabajo de cuidados no remunerado en América Latina, lo que convierte al cuidado en uno de los principales mecanismos de reproducción de la desigualdad de género (ONU Mujeres, 2020; OIT, 2018). En este sentido, los hallazgos locales refuerzan la necesidad de incorporar un enfoque de género transversal en el diseño del Sistema Integral de Cuidados.

Otro elemento de coincidencia relevante es la alta carga sostenida y el desgaste acumulado asociados al cuidado. El diagnóstico muestra que el cuidado suele ser prolongado e indefinido, con impactos significativos en la salud física y emocional de las personas cuidadoras. Este hallazgo dialoga con la literatura internacional sobre cuidados de largo plazo, particularmente con los análisis de la OCDE, que advierten sobre el riesgo sistémico del agotamiento de las personas cuidadoras en contextos de envejecimiento poblacional y de ausencia de servicios de relevo (*care burnout*) (OECD, 2020; OECD, 2021). La evidencia comparada muestra que, sin apoyos institucionales sostenidos, el cuidado se vuelve insostenible tanto a nivel individual como social.

El diagnóstico de Jalisco también confirma una brecha estructural entre la existencia formal de los servicios y el acceso efectivo a ellos. La baja utilización de los servicios de cuidado, de salud mental y de apoyo especializado se debe a barreras acumulativas como la distancia, los costos indirectos, la complejidad administrativa y la desconfianza en la calidad. Esta diferencia entre cobertura nominal y acceso efectivo ha sido ampliamente documentada por el Banco Mundial, que enfatiza que la mera disponibilidad de servicios no garantiza su uso si no son accesibles, pertinentes y utilizables para la población objetivo (World Bank, 2019; World Bank, 2021). Así, el diagnóstico de Jalisco aporta evidencia empírica concreta a una discusión ampliamente desarrollada en la literatura.

Respecto a las desigualdades territoriales, los hallazgos del diagnóstico coinciden con estudios comparativos que demuestran que, aunque existen brechas relevantes en el acceso a servicios entre regiones, la intensidad del cuidado y la experiencia del desgaste tienden a homogeneizarse bajo una alta carga de cuidado. Esta combinación de universalidad en la carga y desigualdad en la oferta respalda las recomendaciones de la CEPAL y la OECD de construir sistemas de cuidados con estándares universales mínimos, complementados por estrategias de implementación territorial diferenciadas, como en los casos de Uruguay y Costa Rica (CEPAL, 2022; OECD, 2020).

El diagnóstico también confirma un déficit estructural de corresponsabilidad social, ampliamente documentado en la literatura internacional. La OIT señala que la corresponsabilidad entre Estado, mercado, comunidades y hogares no surge espontáneamente, sino que requiere diseño institucional, regulación y políticas activas para redistribuir el cuidado (OIT, 2018; OIT, 2022). En este contexto, la coincidencia entre las necesidades prioritarias identificadas en Jalisco, como apoyo económico, transporte, servicios accesibles y acompañamiento psicoemocional, y los componentes básicos recomendados por la CEPAL y ONU Mujeres, refuerza la pertinencia de avanzar hacia un Sistema Integral de Cuidados alineado con estándares internacionales.

En conjunto, la convergencia entre los hallazgos del diagnóstico de Jalisco y la literatura especializada confirma que los problemas identificados no responden a particularidades aisladas del contexto estatal, sino que forman parte de una crisis estructural de los cuidados ampliamente documentada. Esta coincidencia fortalece la solidez analítica del diagnóstico y proporciona un sustento sólido para la construcción de la hoja de ruta del Sistema Integral de Cuidados, orientada a reorganizar socialmente el cuidado desde un enfoque de derechos, igualdad y corresponsabilidad.

Referencias

- CEPAL. (2021). Hacia sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2021/11/HaciaConstruccionSistemaCuidados_15Nov21-v04.pdf
- CEPAL. (2022). La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://chile.un.org/sites/default/files/202211/S2200704_es.pdf
- OECD. (2020). Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly. Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2020/05/who-cares-attracting-and-retaining-care-workers-for-the-elderly_735ab920/92c0ef68-en.pdf
- OIT. (2018). Care work and care jobs for the future of decent work. International Labour Organization. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_633135.pdf
- OIT. (2022). Making decent work a reality for domestic workers. International Labour Organization. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@asia/@ro-bangkok/documents/publication/wcms_800224.pdf
- ONU Mujeres. (2020). El progreso de las mujeres en América Latina y el Caribe: Familias en transformación. UN Women. https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2017/07/UN16017_web.pdf
- World Bank. (2019). The changing nature of work. World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/816281518818814423/pdf/2019-WDR-Report.pdf>



World Bank. (2021). Toward universal social protection: Achieving the SDGs. World Bank.
<https://www.unicef.org/media/49401/file/Towards%20universal%20social%20protection%20for%20children.pdf>





**Cuidar como política
pública: **comparativo
internacional y propuesta
para el fortalecimiento
del Sistema de Cuidados
en Jalisco****

El estudio comparado de los sistemas de cuidado en el mundo permite comprender cómo diferentes países y regiones han afrontado el desafío creciente de garantizar atención digna y sostenible a las personas que requieren apoyo cotidiano –niñas, niños, personas mayores, con discapacidad o en situación de dependencia–, así como a quienes brindan dicho cuidado. En este comparativo se identificaron modelos, buenas prácticas y aprendizajes que puedan orientar la construcción de un sistema integral de cuidados en México, tomando en cuenta experiencias de América Latina, Europa y Asia-Pacífico.

El análisis parte de una realidad compartida: el envejecimiento demográfico, los cambios en la estructura familiar y la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral han modificado las dinámicas tradicionales del cuidado, generando una demanda que los Estados deben reconocer como una cuestión de derechos, de bienestar y de desarrollo económico. En ese sentido, revisar cómo países como Uruguay, Costa Rica, Suecia, Japón o Australia han institucionalizado el cuidado –ya sea como derecho universal, prestación de seguridad social o servicio público descentralizado– permite identificar los elementos esenciales para transitar de un modelo fragmentado e informal hacia uno profesionalizado, corresponsable y con enfoque de género.

El trabajo de cuidados en América Latina y El Caribe: desafíos, buenas prácticas y casos de éxito

El envejecimiento poblacional y las transformaciones sociales acentúan la demanda de servicios de cuidado remunerado en ALC. Según Fabiani (2023), el número de personas mayores dependientes crecerá de 8 millones en 2020 a 23 millones en 2050, lo que incrementará la necesidad de cuidadores remunerados. No obstante, la expansión del sector debe acompañarse de políticas y estrategias que mejoren la formalización, formación, estabilidad y protección social de estos trabajadores.

Panorama general del sector de cuidados remunerados

Estimaciones recientes sitúan en 8,9 millones la cantidad de cuidadores remunerados en ALC, con un predominio significativo de mujeres (95%). Las ocupaciones se dividen entre cuidado a niños (5,8 millones) y cuidado a adultos mayores y personas con discapacidad (3,1 millones). El empleo es en gran medida informal, con bajos salarios y limitada cobertura de seguridad social, salvo excepciones en países como Uruguay y Costa Rica.

Tabla 8. Perfil socioeconómico de los cuidadores remunerados en América Latina y el Caribe

Característica	Valor aproximado
Número total cuidadores	8,9 millones
Porcentaje mujeres	95%
Cuidadores de niños	5,8 millones
Cuidadores de adultos	3,1 millones
Nivel de formalidad	Mayormente informal (excepto Uruguay y Costa Rica)

Fuente: elaboración propia a partir de la información presentada en Fabiani (2023).

El sector de cuidados en América Latina enfrenta importantes retos estructurales que limitan su capacidad para garantizar atención de calidad y condiciones dignas para quienes cuidan. Una de las principales problemáticas es la alta informalidad y los bajos salarios, lo que deja a gran parte de las personas cuidadoras sin seguridad social, prestaciones laborales ni acceso a capacitación formal. Esta situación se agrava por la escasa profesionalización y la falta de reconocimiento normativo y social del cuidado como una verdadera profesión, lo que provoca que la actividad se perciba como una extensión del trabajo doméstico y no como un servicio especializado que requiere habilidades técnicas y formación específica.

A esto se suma la intensa carga emocional y los altos niveles de estrés que enfrentan los cuidadores, derivado de jornadas largas, responsabilidad

permanente y la exposición continua a situaciones de sufrimiento y enfermedad. La falta de mecanismos de apoyo psicológico y de acompañamiento socioemocional hace que muchos desarrollen síntomas de agotamiento, ansiedad o depresión.

Por otro lado, la oferta pública de servicios de cuidado sigue siendo limitada, obligando a las familias a depender de redes informales o a contratar servicios privados de alto costo, lo que profundiza la desigualdad de acceso entre quienes pueden pagar y quienes no. La magnitud del reto es considerable: se estima un déficit de alrededor de 1.2 millones de cuidadores remunerados en la región para poder atender la creciente demanda de cuidados de largo plazo, impulsada por el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas.

Buenas prácticas para la mejora del sector

Frente a estos desafíos, diversos países y organismos internacionales han identificado un conjunto de buenas prácticas que pueden orientar el fortalecimiento de los sistemas de cuidados en América Latina.

Un primer eje es la profesionalización y la formación continua de las personas cuidadoras. La creación de currículos específicos, programas de capacitación regular y certificación de competencias permite elevar la calidad de los servicios y dignificar la labor del cuidado. Asimismo, se recomienda incorporar componentes de apoyo psicológico y herramientas para mitigar la carga emocional, con el fin de proteger la salud mental de los trabajadores.

Otro elemento clave es la consolidación de sistemas de protección social que garanticen derechos laborales. La experiencia de países como Uruguay y Costa Rica demuestra que la formalización del empleo en el sector de cuidados, junto con el acceso a seguridad social, salud y pensiones, genera empleos de calidad y reduce la precarización.

La innovación tecnológica es también un factor transformador. La teleasistencia, los dispositivos de monitoreo remoto y las plataformas digitales

para coordinar servicios pueden reducir hospitalizaciones, optimizar recursos y mejorar la calidad de la atención, manteniendo a las personas cuidadas en sus entornos familiares el mayor tiempo posible.

Finalmente, se requiere inversión pública focalizada y estratégica. Modelos como los impulsados por la Unión Europea muestran que financiar infraestructura de cuidados no solo genera empleos estables, sino que favorece la inclusión laboral femenina, promueve la igualdad de género y tiene un impacto positivo en la economía en su conjunto. Fortalecer el sector de cuidados, por tanto, no es solo una política social sino una inversión en desarrollo humano y crecimiento económico.

Tabla 9. Casos de éxito en la región

País	Descripción	Impactos Clave
Uruguay	Alto nivel de formalización, acceso a seguridad social para cuidadores, regulación laboral clara	Mayor estabilidad y mejores condiciones laborales
Costa Rica	Políticas consolidadas de capacitación y protección social para cuidadores remunerados	Reducción de informalidad
Colombia	Crecimiento del sector con integración de cuidadores en hospitales y servicios sociales, incremento de empleo formal	Diversificación y aumento de oportunidades
Argentina	Ampliación de la oferta de servicios e infraestructura de los cuidados y la adaptación de las jornadas laborales a las necesidades de cuidado.	El mapa de cuidados permite identificar brechas de acuerdo con diversificación.
República Dominicana	Corresponsabilidad social entre el Estado, el mercado, los hogares y la comunidad, en el modelo de gobernanza y gestión de las Comunidades de Cuidado.	Contenido dentro de la Constitución, con presupuesto etiquetado.
Chile	Servicios y programas para las personas en situación de discapacidad, los adultos mayores de 60 años y cuidadoras.	Red de Cuidadores y remuneración.
México	Enfocado a cuidados de la primera infancia y a personas con discapacidad.	Apoyo remunerado directo en algunos casos.

País	Descripción	Impactos Clave
Ecuador	Cuenta con servicios para atender a las infancias y a las personas adultas mayores.	Trabajo coordinado en conjunto con el Ministerio de Inclusión Económica.

Fuente: elaboración propia a partir de la información presentada en Fabiani (2023).

Los avances observados en Uruguay, Costa Rica y Chile evidencian que es posible promover la formalización y profesionalización del trabajo de cuidados remunerados mediante políticas públicas integrales. Sin embargo, la mayor parte de la región sigue enfrentando una alta informalidad debido a las limitaciones fiscales y culturales. La incorporación de tecnologías como la teleasistencia presenta oportunidades para mejorar la eficiencia y alcance de los servicios, al mismo tiempo que se liberan recursos para cuidados especializados.

Es importante destacar que un enfoque integrador que aborde la contratación, estabilidad, educación y remuneración, coordinado entre diferentes sectores y niveles de gobierno, es fundamental para promover condiciones laborales dignas en el sector y para avanzar en la igualdad de género, dado que la provisión de cuidado recae desproporcionadamente en mujeres.

Estas buenas prácticas y casos de éxito evidencian que la mejora de condiciones en el sector cuidado remunerado se sustenta en:

- Formalización del empleo y acceso a seguridad social
- Profesionalización e inclusión de apoyos psicosociales
- Innovación tecnológica para mejorar la eficiencia del cuidado
- Inversiones públicas estratégicas para ampliar la oferta de cuidado formal y promover la igualdad de género

El desafío clave para América Latina y el Caribe es adaptar y escalar estas experiencias en contextos con alta informalidad y limitaciones fiscales, garantizando un enfoque integral y coordinado entre gobiernos y actores sociales.

Comparación de los sistemas de cuidados en Europa²

El estudio comparado de los sistemas de cuidados en Europa permite identificar diferentes modelos de organización y provisión de cuidados de larga duración, cada uno con sus propias bases históricas, institucionales y filosóficas. Estas tipologías no solo reflejan las distintas configuraciones de los Estados de Bienestar, sino que también muestran cómo cada país responde al desafío común del envejecimiento poblacional y de la creciente demanda de cuidados. Analizar estos modelos –desde los universales hasta los asistenciales– ofrece una oportunidad para comprender sus fortalezas y debilidades, y para extraer lecciones que puedan orientar el diseño de sistemas de cuidados en otras regiones, como América Latina.

1. Modelo Nórdico o Universal (Suecia, Finlandia, Dinamarca, Noruega y Países Bajos):

Se trata de un sistema integrado dentro de un amplio Estado de Bienestar, donde el cuidado se considera un derecho ciudadano. La gestión es municipal, la financiación es mixta, y existe un fuerte compromiso estatal tanto en la financiación como en la provisión de servicios y prestaciones. La extensión lógica de la protección estatal asegura universalidad en la atención, ofreciendo acceso amplio y equitativo. La alta provisión de servicios públicos y la inclusión como derecho de ciudadanía promueven la igualdad y garantizan una cobertura sólida.

2. Modelo Continental o de Seguridad Social (Alemania, Austria, Luxemburgo y Francia):

Se trata de un sistema que se inserta en el sistema de Seguridad Social, junto con pensiones y seguro de desempleo. Los derechos son subjetivos e

² Este apartado surge a partir del texto de Albesa Jové, E. (2016).

independientes de la situación económica. Se reconoce el cuidado como derecho subjetivo, con protección basada en contribuciones sociales más que en la necesidad económica, lo que asegura estabilidad y una asignación normada.

3. Modelo Mediterráneo o Latino (Italia, Grecia, Portugal y España):

Históricamente, presenta una falta de protección pública y una fuerte dependencia de la familia para el cuidado. La cobertura pública es limitada y hay una desviación de responsabilidades hacia la familia. Esta fuerte dependencia de la familia puede generar desigualdades y cargas desproporcionadas, especialmente para las mujeres y quienes no cuentan con redes familiares sólidas.

4. Modelo Asistencial-Residual (Inglaterra e Irlanda):

La protección se dirige principalmente a quienes no tienen recursos económicos, con acceso condicionado a la necesidad económica.

Adicionalmente, el análisis comparado de los sistemas de cuidado requiere considerar no solo las políticas implementadas, sino también el papel que desempeña el Estado en la organización y provisión de los servicios. La literatura sobre regímenes de bienestar distingue diferentes modelos que configuran la relación entre Estado, mercado y familia en la atención a la dependencia y los cuidados de largo plazo. Estos modelos no son estáticos, sino que reflejan tradiciones históricas, arreglos institucionales y respuestas a los cambios demográficos y económicos. Explorar estas tipologías permite comprender por qué los países adoptan estrategias distintas para financiar, regular y proveer cuidados, así como identificar los retos comunes que enfrentan frente al envejecimiento poblacional y la sostenibilidad de los sistemas.

Modelo de cuidado y rol del Estado

El modelo mediterráneo de cuidado se caracteriza por un papel limitado del Estado en la provisión directa de servicios y una gran dependencia de la familia, particularmente de las mujeres, para asumir la responsabilidad del cuidado informal. En este esquema, España es un ejemplo representativo: la cobertura pública es fragmentada y se focaliza más en la asistencia social que en prestaciones universales.

En el modelo liberal, el Estado actúa de manera subsidiaria, favoreciendo la participación del mercado privado mediante transferencias económicas para que los usuarios adquieran servicios de cuidado. Inglaterra encarna este modelo, promoviendo la mercantilización de los servicios y el énfasis en la responsabilidad individual.

Por su parte, el modelo corporativo o *bismarckiano* combina provisión pública y privada a través de un sistema de seguro social obligatorio. Alemania es el ejemplo paradigmático: garantiza cobertura mediante contribuciones sociales y una estricta regulación, lo que equilibra el respaldo estatal con la corresponsabilidad de los trabajadores.

Finalmente, el modelo universal integra plenamente los cuidados dentro del sistema público de salud y servicios sociales, con acceso universal y provisión profesionalizada. Suecia se ha convertido en el referente de este modelo, al ofrecer un esquema robusto que reduce la carga de las familias.

Desafíos y similitudes

En cuanto a los retos comunes, todos los países enfrentan presiones relacionadas con el envejecimiento poblacional, la sostenibilidad financiera y el aumento de la demanda de cuidados. La crisis económica de 2008 impulsó reformas que reconfiguraron la organización y el financiamiento, aunque en direcciones distintas según el modelo de bienestar.

A pesar de las diferencias en diseño institucional, existe una agenda convergente: fortalecer el apoyo a los cuidadores informales, buscar un equilibrio entre provisión pública y privada, e incorporar enfoques que respondan a los cambios demográficos y sociales. Las teorías funcionalistas, institucionalistas y conflictivistas ayudan a comprender estas transformaciones y los desafíos que enfrentan los Estados de bienestar en la actualidad.

Tabla 10. Comparación de los sistemas de cuidados en Europa

Aspecto / País	España	Inglaterra	Alemania	Suecia
Modelo de cuidado	Modelo Mediterráneo: cuidado informal central, intervención estatal limitada	Modelo liberal: mercado privado y transferencias	Modelo corporativo: seguro social y cobertura mixta	Modelo universal: provisión pública integrada y profesional
Rol del Estado	Limitado; apoyo a familia y asistencia social	Promotor de mercado privado	Garantiza cobertura a través del seguro social	Alta intervención estatal y provisión directa
Tipo de prestaciones	Predominan prestaciones económicas	Transferencias para compra privada	Mezcla de servicios y transferencias	Servicios públicos universales
Reformas post-2008	Fortalecimiento de cuidados informales	Expansión mercado privado	Innovación en financiación y apoyo formal	Consolidación del sistema público
Rol cuidador familiar	Central y poco reconocido formalmente	Reconocido con ayuda económica	Reconocido y apoyado formalmente	Profesionalización del cuidado
Financiación	Mixta, con peso privado y familiar	Mixta, con sector privado fuerte	Basada en seguro social	Principalmente pública y universal

Fuente: elaboración propia.

En síntesis, las mejores prácticas en Europa son las siguientes:

- Reorientación hacia modelos universales de acceso y provisión.

- Introducción de medidas para incrementar la capacidad adquisitiva de los usuarios y fomentar la compra privada de servicios a través de presupuestos personales.
- Fomento del cuidado informal, pero con incentivos y apoyo mediante remuneraciones y prestaciones económicas para cuidadores familiares.
- Limitar la restricción en criterios de acceso para no segmentar la protección.
- Priorizar servicios domiciliarios de calidad para bajar costes y mantener calidad de vida.
- Uso de indicadores cualitativos y cuantitativos para evaluar efectividad y adecuar políticas.

Conclusiones generales y propuesta para México y Jalisco

El análisis comparado evidencia que los sistemas de cuidado más exitosos comparten una serie de condiciones estructurales y normativas que garantizan su sostenibilidad y equidad. Entre los elementos comunes destacan:

1. El reconocimiento del cuidado como un derecho y como un bien público, sustentado en leyes nacionales y marcos normativos específicos (como la Ley de Cuidados en Uruguay o la Prestación de Autonomía en Francia).
2. La formalización y profesionalización del trabajo de cuidados, mediante certificación de competencias, formación continua y acceso a seguridad social.
3. La corresponsabilidad entre Estado, mercado, familia y comunidad, evitando la sobrecarga femenina y fomentando servicios públicos de calidad.
4. La descentralización con estándares nacionales, que permite adaptar las políticas a las realidades locales sin perder coherencia.
5. La innovación tecnológica (teleasistencia, registros digitales, monitoreo remoto) para ampliar la cobertura y eficiencia de los servicios.
6. El acompañamiento psicoemocional y la protección social de las personas cuidadoras, reconocido como componente esencial del bienestar.

Elementos aplicables al contexto mexicano y jalisciense

México y Jalisco ya cuentan con avances significativos que pueden ser fortalecidos y articulados dentro de una visión integral, tales como:

- Marco normativo nacional: La reforma al artículo 4º constitucional (2020) reconoce el derecho al cuidado digno, y la Política Nacional de Cuidados (2024) en construcción establece lineamientos para un Sistema Nacional de Cuidados.
- Programas existentes: Iniciativas como Médico en tu casa, las Unidades Básicas de Rehabilitación, los Centros de Atención Infantil del IMSS e ISSSTE, y los programas del DIF estatal constituyen una base institucional importante, aunque aún dispersa.
- Experiencias estatales pioneras: Jalisco destaca por sus Centros de Día para adultos mayores, el Programa Mujeres Cuidadoras, y su incorporación del tema en el Plan Estatal de Desarrollo 2024–2030, orientado a la corresponsabilidad y al fortalecimiento de las redes comunitarias.

Propuesta de fortalecimiento



Tomando en cuenta las buenas prácticas internacionales y los avances locales, se propone avanzar hacia un Sistema Estatal de Cuidados de Jalisco articulado con el sistema nacional, basado en los siguientes pilares:

- 1. Profesionalización y certificación:** implementar la certificación de competencias a través de una Escuela de Cuidados o convenios con instituciones técnicas y universitarias para formar y acreditar cuidadores con estándares nacionales e internacionales.

- 2. Formalización y seguridad social:** integrar a los cuidadores en esquemas de seguridad social y programas de protección laboral, tomando como modelo los sistemas uruguayo y costarricense.
- 3. Infraestructura y servicios descentralizados:** fortalecer los Centros de Día, Casas de Cuidado y redes comunitarias municipales, coordinados por el DIF estatal, con financiamiento mixto y participación ciudadana.
- 4. Innovación y teleasistencia:** desarrollar una plataforma digital estatal para el registro de cuidadores, beneficiarios y servicios, inspirada en el Mapa Federal de Cuidados de Argentina y los sistemas de teleasistencia de Costa Rica y España.
- 5. Apoyo psicoemocional y descanso para cuidadores:** establecer programas de acompañamiento y “derecho al respiro” para quienes realizan labores de cuidado intensivo, similar al modelo francés.
- 6. Enfoque comunitario y de género:** promover redes locales de cuidado solidario, retomando experiencias de Argentina y Ecuador, y articulando a organizaciones civiles y universidades en la gestión territorial.

El fortalecimiento del sistema de cuidados en México y en Jalisco no implica “importar” modelos, sino adaptar los aprendizajes internacionales a nuestras capacidades institucionales y culturales. Las experiencias revisadas demuestran que la clave está en concebir el cuidado no como un gasto, sino como una inversión en bienestar, igualdad y productividad. Avanzar hacia un sistema integral, corresponsable y sostenible es posible si se construye sobre los cimientos ya existentes, con voluntad política, coordinación intergubernamental y participación social.



Hoja de ruta estratégica de **trabajo estatal y municipal**

Introducción

Este documento presenta una hoja de ruta para la implementación progresiva del Sistema Integral de Cuidados en Jalisco. No se trata de un programa sectorial ni de un catálogo de acciones, sino de un instrumento estratégico de planeación que ordena decisiones públicas en el tiempo, bajo criterios de viabilidad institucional, priorización política y sostenibilidad.

La hoja de ruta se construye a partir de un diagnóstico amplio –cuantitativo, cualitativo y comparado– que evidencia una crisis estructural de los cuidados en el estado: una alta demanda atendida principalmente por mujeres en el ámbito familiar, servicios fragmentados y desiguales territorialmente, baja profesionalización del cuidado y una débil corresponsabilidad institucional y social. Este documento busca responder a ese diagnóstico, articulando la evidencia empírica con los principios teóricos de la política pública contemporánea.

Bajo esta premisa, las seis fases planteadas –que transitan desde la cimentación institucional hasta la evaluación y sostenibilidad– se ofrecen como un marco de referencia para guiar la puesta en marcha de actividades, lejos de constituir un esquema etapista rígido. Su implementación no debe entenderse como una secuencia inamovible, sino como una guía adaptable a las capacidades presupuestales, técnicas y humanas de las distintas instancias estatales y municipales. Esta flexibilidad resulta indispensable para reconocer y gestionar las asimetrías territoriales e institucionales existentes –visibles, por ejemplo, al contrastar los avances de municipios como Zapopan o Guadalajara frente a los retos de localidades del interior del estado–, permitiendo así la articulación simultánea de medidas pertenecientes a distintas fases, según la madurez institucional y las necesidades específicas de cada contexto. Es decir, la hoja de ruta funciona como un herramienta de implementación dinámica que habilita la construcción del sistema progresivamente.

Marco conceptual: la hoja de ruta como instrumento de política pública

Desde la teoría de las políticas públicas, una hoja de ruta cumple una función distinta a la de los programas y planes tradicionales. Su objetivo central es ordenar la acción gubernamental en contextos de alta complejidad, múltiples actores y recursos limitados. En particular, las hojas de ruta permiten reducir la incertidumbre institucional, establecer prioridades claras, coordinar actores y facilitar la evaluación y el ajuste continuo.

En el caso de los sistemas de cuidados, la evidencia comparada muestra que su éxito depende menos de la amplitud inicial de los servicios y más de la secuenciación estratégica de las decisiones. Los sistemas que intentan expandir servicios sin una base institucional sólida tienden a fragmentarse, mientras que aquellos que priorizan la construcción de capacidades estatales logran mayor sostenibilidad y equidad.

La implementación de un Sistema Integral de Cuidados constituye un proceso de alta complejidad institucional, financiera y social. Por ello, la presente hoja de ruta adopta una lógica de implementación progresiva basada en tres tipos de acciones: acciones habilitadoras, acciones de alto impacto temprano y acciones de consolidación.



Esta secuencia no jerarquiza derechos ni poblaciones, sino capacidades de implementación. Las acciones habilitadoras reducen la incertidumbre institucional y crean las condiciones mínimas para operar el sistema. Las acciones de alto impacto temprano alivian la presión

inmediata sobre los hogares y generan legitimidad social y política. Finalmente, las acciones de consolidación aseguran la calidad, sostenibilidad y

permanencia del sistema en el largo plazo. Este enfoque reconoce las limitaciones reales de tiempo, recursos y capacidades, y busca maximizar el impacto público mediante una priorización estratégica.

Figura 2. Secuencia de la Hoja de Ruta



Fuente: elaboración propia.

Esfuerzos estatales: el Programa Estatal de Cuidados. Visión 2030

Jalisco cuenta con avances normativos y programáticos relevantes en materia de cuidados, particularmente la Ley del Sistema Integral de Cuidados y el Programa Estatal de Cuidados, los cuales constituyen un punto de partida fundamental para la construcción de una política pública en la materia. Estos instrumentos han permitido reconocer el cuidado como un asunto de interés público y delinear una visión general sobre la demanda y la oferta de servicios de cuidados existentes en la entidad. No obstante, el diagnóstico integrado muestra que dichos avances enfrentan aún desafíos significativos relacionados con su implementación efectiva, la articulación territorial de las acciones y la coordinación interinstitucional necesaria para traducir los marcos normativos en resultados tangibles.

El Programa Estatal de Cuidados destaca, en particular, por ofrecer una lectura panorámica del sistema de cuidados en Jalisco y por estructurar su propuesta a partir del marco conceptual de las cinco “R” del cuidado promovido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT): Reconocimiento, Reducción, Redistribución, Remuneración y Representación. A partir de este enfoque, el Programa plantea un conjunto de objetivos, estrategias y líneas de acción

orientadas a transformar gradualmente la organización social del cuidado en el estado.

Entre las principales estrategias que propone el Programa se encuentran: (1) la creación y ampliación de servicios de cuidado; (2) la regulación de los servicios y de las condiciones laborales, incluyendo a las personas trabajadoras del cuidado; (3) la formación y certificación de personas cuidadoras remuneradas, con el fin de dignificar y especializar estas actividades; (4) la gestión de la información para la medición del impacto y el fortalecimiento de la toma de decisiones; (5) la comunicación estratégica orientada a promover un cambio cultural en torno a los cuidados; y (6) el desarrollo de estrategias de financiamiento que garanticen la sostenibilidad del sistema.

En este contexto, la presente hoja de ruta retoma plenamente la visión del Programa Estatal de Cuidados y la articula con los hallazgos del diagnóstico, por lo que no sustituye los instrumentos existentes, sino que los complementa y los vuelve operativos. Su valor agregado radica en proponer una secuencia estratégica de decisiones y acciones que permite ordenar las prioridades, fortalecer las capacidades de implementación y traducir los objetivos normativos y programáticos en resultados concretos y verificables.

Adicionalmente, dado que Jalisco forma parte de la Alianza Global por los Cuidados, la hoja de ruta incorpora sus premisas como referentes estratégicos, en tanto constituyen elementos universales mínimos para el diseño y consolidación de sistemas integrales de cuidados a nivel internacional. Estas premisas refuerzan el enfoque de la hoja de ruta y se expresan en los siguientes lineamientos orientadores:

- **Revertir la actual organización social de los cuidados,** la cual ha demostrado ser insostenible y ha contribuido a profundizar la pobreza y las desigualdades sociales.
- **Reducir la desigualdad de género,** reconociendo que las mujeres dedican un porcentaje significativamente mayor de su tiempo al trabajo no remunerado de cuidados.

- **Adoptar un enfoque de derechos humanos**, que reconozca y garantice los derechos tanto de las personas cuidadoras como de quienes requieren cuidados.
- **Abordar las necesidades diferenciadas de cuidado**, mediante políticas y acciones de carácter multisectorial, contextual y territorialmente diferenciadas.
- **Impulsar de manera transversal las cinco “R” del cuidado**: reconocer, reducir, redistribuir, recompensar y representar.
- **Promover la corresponsabilidad social**, asegurando la provisión de cuidados de calidad, asequibles y accesibles, así como condiciones de trabajo dignas para las personas cuidadoras.

Definición del problema público y justificación

El diagnóstico integrado del Sistema de Cuidados en Jalisco identifica una crisis estructural de cuidados, caracterizada por una brecha persistente entre la creciente demanda de cuidados y la limitada capacidad institucional para proveerlos de manera accesible, equitativa y sostenible. Actualmente, el cuidado se sostiene predominantemente en el ámbito doméstico y familiar, con una sobrecarga desproporcionada sobre las mujeres –quienes representan aproximadamente tres cuartas partes de las personas cuidadoras–, lo que se traduce en altos niveles de trabajo no remunerado, desgaste físico y emocional, afectaciones a la salud, exclusión del mercado laboral y precarización económica. A ello se suman problemas de fragmentación institucional, profundas brechas territoriales, alta informalidad del cuidado y múltiples barreras de acceso vinculadas al desconocimiento de los servicios disponibles, la complejidad de los trámites, los costos indirectos y las limitaciones de movilidad.

En conjunto, estos factores configuran un problema público de carácter estructural que trasciende lo asistencial y se constituye como un obstáculo para la igualdad sustantiva, el bienestar social y el desarrollo económico del estado, evidenciando que ni el mercado ni los hogares, por sí solos, pueden resolver la crisis de cuidados y que la intervención del Estado es indispensable

para reorganizar socialmente el cuidado y garantizar los derechos a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado.

Visión estratégica



Jalisco avanza hacia la consolidación de un Sistema Integral de Cuidados, corresponsable y territorializado, que reconoce el cuidado como un derecho humano y un bien público, y que responde de manera efectiva a las necesidades de las personas cuidadoras y de quienes requieren cuidados a lo largo del curso de vida.

Objetivo estratégico de largo plazo

Establecer una sociedad de cuidado en Jalisco, con un enfoque de accesibilidad y heterogeneidad regional, disminuyendo la sobrecarga femenina, ampliando la cobertura territorial de servicios, profesionalizando el trabajo de cuidado y asegurando la sostenibilidad institucional, financiera y social del sistema.

Al consolidarse el sistema, el cuidado deja de ser una responsabilidad privada e invisible para convertirse en una responsabilidad social compartida, en la que las personas cuidadoras cuentan con reconocimiento, remuneraciones,

apoyos y condiciones dignas, y el acceso a los servicios no depende del lugar de residencia, el ingreso o las redes familiares.

Principios rectores

La hoja de ruta se inscribe en la Ley del Sistema Integral de Cuidados del Estado de Jalisco y en los instrumentos de planeación estatal y municipal, enfatizando la necesidad de su operativización efectiva y su vinculación presupuestal. Y a partir de estos documentos, se retoman los siguientes principios rectores:

- Derecho al cuidado. El cuidado se concibe como un derecho exigible: a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado.
- Corresponsabilidad social. El cuidado es una responsabilidad compartida entre el Estado, los municipios, el mercado, la comunidad y las familias.
- Igualdad sustantiva y perspectiva de género. Todas las acciones del sistema buscan reducir las brechas de género, particularmente la pobreza de tiempo y la exclusión laboral femenina.
- Enfoque de curso de vida. El sistema atiende las necesidades de cuidado desde la primera infancia hasta la vejez, incluyendo discapacidad y dependencia.
- Territorialización y equidad. El diseño del sistema reconoce las diferencias regionales y prioriza los territorios con mayores déficits de cuidado.
- Calidad, dignidad y trato humano. El cuidado debe brindarse bajo estándares verificables de calidad y atención centrada en la persona.

Estructura de la hoja de ruta y fases estratégicas

Las fases estratégicas que se presentan a continuación deben entenderse como capas acumulativas de un mismo sistema, no como compartimentos estancos. Cada fase responde a un conjunto de problemas identificados en el diagnóstico y habilita las condiciones para la siguiente.

Figura 3. Fases Estratégicas de la Hoja de Ruta



Fuente: elaboración propia.

i. Fase de Cimentación: Fortalecimiento Institucional y Normativo

El diagnóstico revela un entramado institucional fragmentado: programas dispersos, baja coordinación intersectorial y limitada capacidad municipal para operar políticas de cuidado. Aunque existe un marco legal incipiente, su implementación es desigual y carece de mecanismos claros de exigibilidad.

Sin una base institucional sólida, cualquier expansión de servicios corre el riesgo de ser insostenible o inequitativa. La experiencia comparada indica que los sistemas de cuidados que no aseguran gobernanza, reglas claras y presupuesto transversal tienden a reproducir desigualdades. Por lo que esta fase permite transitar de una lógica asistencial y reactiva a un sistema con dirección estratégica, reglas compartidas y responsabilidades claras.

Líneas de acción estratégicas

- **Operativizar la Ley del Sistema Integral de Cuidados del Estado de Jalisco**

Esta línea de acción tiene como propósito traducir el marco normativo del Sistema Integral de Cuidados en reglas claras y aplicables para su implementación. La operativización de la Ley implica la elaboración de

lineamientos, reglamentos y protocolos que definan competencias, responsabilidades y procedimientos para las dependencias involucradas, así como mecanismos de exigibilidad que permitan garantizar el ejercicio efectivo del derecho al cuidado. Con ello, se busca fortalecer la rendición de cuentas, reducir la discrecionalidad en la implementación y asegurar que los mandatos legales se materialicen en acciones concretas y verificables.

- **Fortalecer la Junta Estatal del Sistema Integral de Cuidados como instancia efectiva de coordinación**

El funcionamiento del Sistema de Cuidados depende de una coordinación intersectorial y multinivel sólida. En este sentido, esta línea de acción se orienta a fortalecer a la Junta Estatal del Sistema Integral de Cuidados como el principal espacio de articulación entre dependencias estatales, municipios y otros actores relevantes. El énfasis en las dinámicas regionales y municipales responde a la necesidad de adaptar las decisiones estratégicas a las realidades territoriales, evitar la fragmentación de esfuerzos y asegurar que las políticas de cuidados se implementen de manera coherente y complementaria en todo el estado.

- **Vincular el Sistema de Cuidados al ciclo presupuestario estatal**

Para garantizar la sostenibilidad del Sistema Integral de Cuidados, resulta indispensable su integración al ciclo presupuestario. Esta línea de acción propone la creación de anexos transversales en el Presupuesto de Egresos del Estado que identifiquen de manera explícita los recursos destinados a cuidados, incorporando indicadores de cobertura, calidad y resultados. Esta vinculación permitirá alinear la planeación con la asignación de recursos, mejorar la transparencia del gasto público y facilitar el seguimiento y la evaluación del desempeño del sistema en el tiempo.

- **Crear el Registro Estatal de Personas Cuidadoras y la categorización de servicios de cuidado**

La ausencia de información sistematizada constituye una de las principales barreras para la planeación y focalización de las políticas de cuidados. Por ello, esta línea de acción plantea la creación de un Registro Estatal de Personas Cuidadoras, acompañado de la categorización de los servicios de cuidado existentes, bajo criterios homogéneos e interoperables. Este registro permitirá reconocer la capacidad instalada, identificar brechas de cobertura, evitar duplicidades, focalizar apoyos y fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia, convirtiéndose en una herramienta central para la gestión integral del sistema.

Matriz de acción estratégica. Fase I

Acción estratégica	Horizonte	Nivel de gobierno	Actores responsables	Indicadores de éxito
Operativizar la Ley del Sistema Integral de Cuidados (reglamentos, lineamientos, exigibilidad)	Corto	Estatal	Junta Estatal del Sistema Integral de Cuidados, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana	Reglamentos publicados; mecanismos de exigibilidad definidos
Fortalecer la Junta Estatal del Sistema Integral de Cuidados	Corto	Estatal	Integrantes de la Junta Estatal del Sistema Integral de Cuidados.	Sesiones periódicas; acuerdos intersectoriales
Designar enlaces municipales de cuidados	Corto	Municipal	Presidencias Municipales	% municipios con enlace formal
Crear anexos transversales de cuidados en el Presupuesto de Egresos	Corto-Mediano	Estatal	Secretaría de Administración, Secretaría de la Hacienda Pública, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana	Anexo presupuestal aprobado
Crear el Registro Estatal de Personas Cuidadoras	Corto-Mediano	Estatal	Poder Ejecutivo, Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, Municipios	Registro operativo e interoperable

Fuente: elaboración propia.

II. Fase de Profesionalización y Formalización del Sector

El cuidado se sostiene mayoritariamente en el trabajo femenino no remunerado o informal, con bajos estándares de calidad, ausencia de certificación y alta precariedad laboral. La calidad del sistema depende directamente de las condiciones de quienes cuidan. Sin profesionalización ni derechos laborales, el sistema reproduce desgaste, rotación y baja calidad del servicio.

Con esta fase el cuidado deja de ser una carga invisible y se convierte en una actividad reconocida, regulada y dignificada.

Líneas de acción estratégicas

- **Promover la certificación de competencias y profesionalización de las personas cuidadoras**

Esta línea de acción busca sentar las bases para la profesionalización del trabajo de cuidados a través desde la creación de una Escuela de Cuidados hasta convenios con universidades públicas nacionales e internacionales. El objetivo será certificar competencias, ofrecer formación profesional y continua, y generar trayectorias formativas que deriven en perfiles especializados en el cuidado de las personas a lo largo del curso de vida. Con ello, se pretende elevar la calidad de los servicios, dignificar el trabajo de cuidados y fortalecer la capacidad del sistema para responder a una demanda creciente con personal calificado y reconocido institucionalmente.

- **Avanzar en la formalización laboral de las personas cuidadoras**

El diagnóstico evidencia altos niveles de informalidad y precariedad laboral en el sector de cuidados, particularmente entre quienes realizan esta labor de manera remunerada. Esta línea de acción se orienta a avanzar de manera progresiva en la formalización laboral de las personas cuidadoras, incorporándolas a esquemas de seguridad social y protección laboral. La formalización no solo contribuye a garantizar

derechos laborales y condiciones de trabajo dignas, sino que también fortalece la sostenibilidad del sistema, al reducir la rotación, mejorar la calidad de la atención y reconocer el cuidado como una actividad esencial para el bienestar social.

- **Establecer estándares verificables de trato digno y atención centrada en la persona**

La calidad del cuidado no depende únicamente de la disponibilidad de servicios, sino también de la forma en que estos se prestan. Esta línea de acción propone el establecimiento de estándares claros y verificables de trato digno y atención centrada en la persona, aplicables a los distintos servicios y modalidades de cuidado. Dichos estándares permitirán asegurar prácticas respetuosas de la dignidad, la autonomía y las necesidades específicas de las personas que reciben cuidados, así como fortalecer los mecanismos de supervisión, evaluación y mejora continua del sistema.

Matriz de acción estratégica. Fase II

Acción estratégica	Horizonte	Nivel	Actores responsables	Indicadores de éxito
Crear la Escuela Estatal de Cuidados (certificación y formación continua)	Corto	Estatal	Secretaría de Educación Jalisco, Secretaría del Trabajo y Previsión Social	Escuela operando; personas certificadas
Certificación de competencias laborales en cuidados	Corto-Mediano	Estatal	Secretaría del Trabajo y Previsión Social	% cuidadoras certificadas
Avanzar en la formalización laboral y acceso a seguridad social	Mediano	Estatal	Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Administración, Secretaría de la Hacienda Pública, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana	Cuidadoras incorporadas a esquemas formales
Establecer estándares verificables de trato digno	Corto	Estatal	Secretaría del Sistema de Asistencia Social, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia	Protocolos publicados; auditorías de calidad

Fuente: elaboración propia.

III. Fase de Despliegue Territorial e Infraestructura

Existen fuertes brechas territoriales en el acceso a servicios de cuidado, especialmente en regiones no metropolitanas, donde la oferta es escasa o inexistente. Un sistema que no llega al territorio profundiza desigualdades y deja fuera a quienes más necesitan cuidados.

Con esta fase el sistema se vuelve cercano, accesible y sensible a las realidades regionales.

Líneas de acción estratégicas

- **Implementar una planeación territorial diferenciada del Sistema de Cuidados**

Esta línea de acción reconoce que la demanda de cuidados y la disponibilidad de servicios no se distribuyen de manera homogénea en el territorio. Por ello, se propone una planeación territorial diferenciada que permita priorizar aquellas regiones y municipios con mayores niveles de dependencia, discapacidad, envejecimiento o rezago en servicios, y redistribuir de manera estratégica la capacidad instalada existente. El objetivo es asegurar que los recursos y servicios de cuidado se orienten efectivamente hacia las poblaciones que más los requieren, reduciendo desigualdades territoriales y fortaleciendo la equidad en el acceso.

- **Consolidar una red de centros de cuidado y espacios comunitarios con enfoque territorial**

El fortalecimiento del Sistema de Cuidados requiere una infraestructura cercana, accesible y articulada con las dinámicas locales. Esta línea de acción plantea la consolidación de una red de centros de cuidado y espacios comunitarios, con esquemas de financiamiento mixto, que respondan tanto a las necesidades actuales de cuidado como a las

proyecciones demográficas y sociales futuras. La red deberá diseñarse con criterios de flexibilidad y adaptación territorial, de modo que los servicios ofrecidos sean pertinentes a los contextos locales y sostenibles en el tiempo.

- **Diseñar estrategias de movilidad y transporte adaptado para el acceso efectivo a los servicios**

La existencia de servicios de cuidado no garantiza, por sí sola, su utilización efectiva. En muchos casos, las barreras de acceso están asociadas a problemas de movilidad, distancia o falta de transporte adecuado para personas con dependencia o discapacidad. Esta línea de acción propone el diseño de estrategias de movilidad y rutas de transporte adaptado que permitan cerrar la brecha entre la oferta de servicios y su acceso real, garantizando traslados seguros, accesibles y oportunos para las personas que requieren cuidados y sus cuidadoras, especialmente en zonas rurales o periféricas.

Matriz de acción estratégica. Fase III

Acción estratégica	Horizonte	Nivel	Actores responsables	Indicadores de éxito
Planeación territorial diferenciada (priorización regional)	Corto	Estatad	Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco, Coordinación General Estratégica de Gestión del Territorio	Regiones priorizadas con criterios claros
Expansión de Centros de Día y Casas de Cuidado	Mediano	Municipal	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia municipal	Nuevos centros en operación
Fortalecer red de centros comunitarios (Colmenas / DIF)	Mediano	Estatad-Municipal	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, municipios	Cobertura territorial ampliada
Diseñar rutas de movilidad y transporte adaptado	Mediano-Largo	Estatad	Secretaría de Transporte Jalisco, Secretaría del Sistema de Asistencia Social	Reducción de barreras de acceso

Fuente: elaboración propia.

IV. Fase de Innovación y Soporte al Cuidador

La sobrecarga emocional y física de las personas cuidadoras amenaza la sostenibilidad del sistema. Sin apoyo directo al cuidador, el sistema colapsa desde los hogares. Contar con un sistema que promueva la salud psicoemocional de las personas cuidadoras contribuye a fortalecer la Sociedad de Cuidados y reconoce el papel fundamental que juegan las personas con dicho rol en el bienestar social integral.

Con esta fase el sistema reconoce que cuidar implica también cuidar a quien cuida.

Líneas de acción estratégicas

- **Desarrollar plataformas de teleasistencia y coordinación digital de servicios**

Esta línea de acción tiene como objetivo incorporar herramientas tecnológicas al Sistema Integral de Cuidados para ampliar su cobertura, mejorar la coordinación interinstitucional y fortalecer la capacidad de respuesta ante situaciones de riesgo. El desarrollo de plataformas de teleasistencia permitirá ofrecer acompañamiento remoto, orientación oportuna y monitoreo básico a las personas que requieren cuidados y a sus cuidadoras, particularmente en contextos donde el acceso presencial a los servicios es limitado. Asimismo, estas plataformas funcionarán como un mecanismo de articulación entre servicios de salud, asistencia social y cuidados, facilitando la canalización, el seguimiento de casos y la optimización de recursos, sin sustituir la atención presencial, sino complementándola.

- **Implementar el Programa de Derecho al Respiro**

El cuidado continuo y de alta intensidad genera una sobrecarga física y emocional significativa en las personas cuidadoras, lo que incrementa el riesgo de agotamiento, deterioro de la salud y abandono del cuidado. El

Programa de Derecho al Respiro se concibe como una estrategia para garantizar descansos temporales y servicios de relevo que permitan a las personas cuidadoras contar con periodos de recuperación, atención personal o participación en otras actividades. Esta línea de acción reconoce el cuidado como una labor que requiere condiciones de sostenibilidad y busca prevenir situaciones de colapso del cuidado en los hogares, fortaleciendo tanto el bienestar de las personas cuidadoras como la continuidad de la atención a quienes requieren cuidados.

- **Ofrecer acompañamiento psicoemocional especializado**

La experiencia del cuidado, especialmente en contextos de dependencia prolongada, suele estar asociada a altos niveles de estrés, ansiedad y desgaste emocional. Esta línea de acción propone la implementación de servicios de acompañamiento psicoemocional especializado dirigidos a personas cuidadoras y, cuando corresponda, a las personas que reciben cuidados. El objetivo es brindar atención preventiva y de apoyo que permita identificar y atender oportunamente afectaciones a la salud mental, fortalecer redes de apoyo y mejorar la calidad de vida de quienes participan en el ecosistema de cuidados. Este acompañamiento se integra como un componente estructural del sistema, y no como una medida accesoria, reconociendo el bienestar emocional como un elemento central para la sostenibilidad del cuidado.

Matriz de acción estratégica. Fase IV

Acción estratégica	Horizonte	Nivel	Actores responsables	Indicadores de éxito
Plataforma estatal de teleasistencia y coordinación	Mediano	Estatal	Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco, Secretaría de Salud Jalisco, Secretaría del Sistema de Asistencia Social	Plataforma activa
Programa “Derecho al Respiro”	Corto- Mediano	Estatal- Municipal	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, municipios	Cuidadoras beneficiadas
Programas de acompañamiento psicoemocional	Corto	Estatal	Secretaría del Sistema de Asistencia Social, Sistema	Reducción de indicadores de sobrecarga

Acción estratégica	Horizonte	Nivel	Actores responsables	Indicadores de éxito
			para el Desarrollo Integral de la Familia	
Atención prioritaria a cuidadoras de alta vulnerabilidad	Corto	Estatal	Secretaría de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia	% población objetivo atendida

Fuente: elaboración propia.

V. Fase de Transformación Cultural y Corresponsabilidad

El cuidado sigue siendo socialmente asignado a las mujeres y a los hogares. Sin corresponsabilidad social, el sistema no logra redistribuir el cuidado.

Con esta fase se modifican normas sociales y prácticas institucionales que perpetúan la desigualdad.

Líneas de acción estratégicas

- **Estrategias de corresponsabilidad con el sector privado**

Esta línea de acción parte del reconocimiento de que la sostenibilidad del Sistema Integral de Cuidados requiere la participación activa del sector privado como corresponsable en la organización social del cuidado. Se propone el diseño e implementación de estrategias que incentiven y regulen la adopción de prácticas laborales compatibles con las responsabilidades de cuidado, tales como esquemas de flexibilidad laboral, licencias, apoyos para cuidados y adecuaciones organizacionales. El objetivo es que estas medidas no dependan exclusivamente de decisiones discrecionales de los empleadores, sino que se integren de manera progresiva en marcos institucionales que contribuyan a reducir la penalización laboral asociada al cuidado y a promover entornos de trabajo más equitativos y productivos.

- **Fortalecimiento de redes comunitarias de cuidado**

El cuidado se produce y reproduce en espacios comunitarios que, en muchos casos, ya cuentan con prácticas solidarias y redes informales de

apoyo. Esta línea de acción busca reconocer, fortalecer y articular dichas redes comunitarias de cuidado, promoviendo mecanismos de apoyo mutuo, coordinación local y participación social. El fortalecimiento de estas redes permite ampliar la cobertura del sistema, generar soluciones contextualizadas y reforzar el tejido social, especialmente en territorios con limitada presencia de servicios formales. Asimismo, contribuye a construir una lógica de cuidado compartido que complemente la acción estatal y reduzca el aislamiento de los hogares.

- **Campañas de sensibilización en igualdad de género**

La transformación del Sistema de Cuidados no es posible sin un cambio cultural que cuestione la asignación tradicional del cuidado como una responsabilidad predominantemente femenina. Esta línea de acción propone el desarrollo de campañas de sensibilización orientadas a promover la igualdad de género en el cuidado, visibilizando su valor social y económico, y fomentando una distribución más equitativa de estas tareas entre mujeres y hombres. Las campañas deberán dirigirse a distintos públicos y contextos, con mensajes claros y sostenidos en el tiempo, contribuyendo a modificar normas sociales, reducir estereotipos y generar condiciones culturales favorables para la corresponsabilidad social del cuidado.

Matriz de acción estratégica. Fase V

Acción estratégica	Horizonte	Nivel	Actores responsables	Indicadores de éxito
Estrategia de corresponsabilidad con el sector privado	Mediano	Estatal	Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Desarrollo Económico	Empresas adheridas
Incentivos para políticas laborales de cuidado	Mediano	Estatal	Secretaría de Administración, Secretaría de la Hacienda Pública, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Secretaría del Trabajo y Previsión Social	Instrumentos creados
Fortalecer redes comunitarias de cuidado	Mediano-Largo	Municipal	Municipios, Organizaciones de la Sociedad Civil	Redes activas

Acción estratégica	Horizonte	Nivel	Actores responsables	Indicadores de éxito
Campañas de sensibilización en género y cuidados	Corto	Estatal	Secretaría de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres	Cambio en percepciones (encuestas)

Fuente: elaboración propia.

VI. Fase de Evaluación, sostenibilidad y ajuste del sistema

Uno de los riesgos más altos de las políticas de cuidados es su fragilidad institucional en el tiempo. Los sistemas que no cuentan con mecanismos sólidos de evaluación, financiamiento estable y ajuste continuo tienden a convertirse en programas aislados, dependientes de voluntades políticas coyunturales o de ciclos presupuestales anuales.

En el caso de Jalisco, el diagnóstico muestra que, aun cuando existen programas relevantes en distintas dependencias, no hay un sistema integrado de monitoreo, ni evaluaciones periódicas de impacto que permitan saber qué funciona, para quién y en qué territorios.

Esta fase marca la diferencia entre una política pública duradera y una política vulnerable al cambio de administración y permite cerrar el ciclo de política pública: de la planeación y la implementación, al aprendizaje y la mejora continua. Esta fase institucionaliza el mensaje de que el cuidado no es un gasto asistencial, sino una inversión social estratégica que debe evaluarse, mejorarse y sostenerse en el tiempo.

Líneas de acción estratégicas

- **Implementar un sistema integral de monitoreo y evaluación**

La consolidación del Sistema Integral de Cuidados requiere contar con mecanismos permanentes de seguimiento que permitan conocer su desempeño y evolución en el tiempo. Esta línea de acción propone la implementación de un sistema integral de monitoreo y evaluación que

articule indicadores de proceso, resultado e impacto, alineados con los objetivos estratégicos del sistema. Dicho sistema permitirá generar información sistemática y comparable, fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas, y apoyar la toma de decisiones basada en evidencia en los distintos niveles de gobierno.

- **Realizar evaluaciones periódicas de impacto**

Más allá del seguimiento operativo, resulta indispensable evaluar en qué medida las acciones del Sistema de Cuidados están produciendo cambios sustantivos en la vida de las personas. Esta línea de acción plantea la realización de evaluaciones periódicas de impacto que permitan identificar efectos sobre el bienestar de las personas cuidadoras y de quienes requieren cuidados, la reducción de brechas de género, la mejora en el acceso a servicios y la eficiencia del gasto público. Estas evaluaciones contribuirán a distinguir entre intervenciones efectivas y aquellas que requieren rediseño, fortaleciendo el aprendizaje institucional.

- **Realizar ajustes normativos y presupuestales basados en evidencia**

La información generada a través del monitoreo y la evaluación debe traducirse en decisiones concretas. Por ello, esta línea de acción propone establecer mecanismos formales para realizar ajustes normativos y presupuestales basados en evidencia, permitiendo adaptar el marco regulatorio, la asignación de recursos y los instrumentos de implementación a partir de los resultados observados. Este enfoque busca evitar la rigidez institucional y favorecer la mejora continua del sistema, garantizando su pertinencia y eficacia.

- **Asegurar la sostenibilidad financiera y política del sistema**

La permanencia del Sistema Integral de Cuidados depende de su capacidad para sostenerse más allá de coyunturas presupuestales o cambios de administración. Esta línea de acción se orienta a asegurar su sostenibilidad financiera y política mediante la integración del sistema

en los instrumentos formales de planeación y presupuesto, la diversificación de fuentes de financiamiento y la construcción de consensos interinstitucionales y sociales que respalden su continuidad como política prioritaria.

- **Consolidar el sistema como política pública estructural**

Finalmente, esta línea de acción tiene como objetivo consolidar el Sistema Integral de Cuidados como una política pública estructural del Estado de Jalisco, es decir, como un componente permanente de su modelo de bienestar y desarrollo. Esto implica institucionalizar sus mecanismos de gobernanza, asegurar la estabilidad de sus reglas de operación, fortalecer sus capacidades técnicas y garantizar que el derecho al cuidado se traduzca en prácticas sostenidas y de largo plazo. La consolidación del sistema supone pasar de una fase de implementación progresiva a una etapa de madurez institucional, en la que el cuidado se reconoce plenamente como una responsabilidad social compartida.

Matriz de acción estratégica. Fase VI

Acción estratégica	Horizonte	Nivel	Actores responsables	Indicadores de éxito
Sistema de monitoreo y evaluación del Sistema de Cuidados	Mediano	Estatad	Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco	Tablero de indicadores público
Evaluaciones periódicas de impacto	Largo	Estatad	Universidades, Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana	Evaluaciones publicadas
Ajustes normativos y presupuestales basados en evidencia	Largo	Estatad	Congreso, Secretaría de Administración, Secretaría de la Hacienda Pública, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Poder Ejecutivo, Junta Estatal del Sistema Integral de Cuidados	Reformas y reasignaciones

Acción estratégica	Horizonte	Nivel	Actores responsables	Indicadores de éxito
Consolidación del sistema como política de Estado	Largo	Estatal	Junta Estatal del Sistema Integral de Cuidados	Continuidad multianual

Fuente: elaboración propia.

La matriz de acciones estratégicas del sistema de cuidados tiene un planteamiento temporal. En el corto plazo: el énfasis está en la institucionalización, el registro y la planeación. En el mediano plazo: se prioriza la expansión territorial, la profesionalización y la formalización laboral. En el largo plazo: la importancia se encuentra en la sostenibilidad financiera, la evaluación de impacto y la transformación cultural. Adicionalmente, cada acción estratégica cuenta con responsables claramente identificados, tanto a nivel estatal como municipal, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación periódica. Es importante señalar que esta matriz no debe entenderse como un listado rígido, sino como un instrumento dinámico de gestión pública.

Narrativa estratégica y comunicación pública

La evidencia cualitativa del diagnóstico muestra que el cuidado continúa siendo percibido como un asunto privado, familiar y predominantemente femenino. Esta percepción limita el respaldo tanto social como político a las políticas de cuidado. Por ello, la hoja de ruta incorpora la narrativa estratégica como un componente central.

La narrativa cumple la función de dar sentido, legitimidad y coherencia a la acción gubernamental, especialmente en políticas complejas. Es así como la comunicación del Sistema Integral de Cuidados en Jalisco debe articularse en torno a mensajes estratégicos claros: el cuidado como infraestructura social, condición del bienestar y la economía; la redistribución del cuidado como base de la igualdad sustantiva y el Estado como acompañante de las familias.

La estrategia de comunicación debe adaptarse a públicos diferenciados, incluyendo gabinete y tomadores de decisión, municipios, ciudadanía y

personas cuidadoras, así como sector privado y sociedad civil, asegurando coherencia narrativa y apropiación social del sistema.

Estrategias de acuerdo con el público objetivo

Público	Estrategia de comunicación
Gabinete y tomadores de decisiones	Énfasis en sostenibilidad, impacto y coordinación.
Municipios	Claridad operativa y beneficios concretos.
Ciudadanía y personas cuidadoras	Reconocimiento, cercanía y accesibilidad.
Sector privado y sociedad civil	Corresponsabilidad y alianzas.

Fuente: elaboración propia.

Matriz de acciones estratégicas

No.	Acción estratégica	Horizonte	Nivel de gobierno	Actores responsables	Indicadores de éxito
I. Fase de Cimentación: Fortalecimiento Institucional y Normativo	I.1 Operativizar la Ley del Sistema Integral de Cuidados (reglamentos, lineamientos, exigibilidad)	Corto	Estatal	Junta Estatal del Sistema Integral de Cuidados, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana	Reglamentos publicados; mecanismos de exigibilidad definidos
	I.2 Fortalecer la Junta Estatal del Sistema Integral de Cuidados	Corto	Estatal	Integrantes de la Junta Estatal del Sistema Integral de Cuidados.	Sesiones periódicas; acuerdos intersectoriales
	I.3 Designar enlaces municipales de cuidados	Corto	Municipal	Presidencias Municipales	% municipios con enlace formal
	I.4 Crear anexos transversales de cuidados en el Presupuesto de Egresos	Corto-Mediano	Estatal	Secretaría de Administración, Secretaría de la Hacienda Pública, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana	Anexo presupuestal aprobado
	I.5 Crear el Registro Estatal de Personas Cuidadoras	Corto-Mediano	Estatal	Poder Ejecutivo, Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, Municipios	Registro operativo e interoperable
II. Fase de Profesionalización y Formalización del Sector	II.1 Crear la Escuela Estatal de Cuidados (certificación y formación continua)	Corto	Estatal	Secretaría de Educación Jalisco, Secretaría del Trabajo y Previsión Social	Escuela operando; personas certificadas
	II.2 Certificación de competencias laborales en cuidados	Corto-Mediano	Estatal	Secretaría del Trabajo y Previsión Social	% cuidadoras certificadas

No.	Acción estratégica	Horizonte	Nivel de gobierno	Actores responsables	Indicadores de éxito
II.3	Avanzar en la formalización laboral y acceso a seguridad social	Mediano	Estatad	Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Administración, Secretaría de la Hacienda Pública, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana	Cuidadoras incorporadas a esquemas formales
II.4	Establecer estándares verificables de trato digno	Corto	Estatad	Secretaría del Sistema de Asistencia Social, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia	Protocolos publicados; auditorías de calidad
III.1	Planeación territorial diferenciada (priorización regional)	Corto	Estatad	Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco, Coordinación General Estratégica de Gestión del Territorio	Regiones priorizadas con criterios claros
III.2	Expansión de Centros de Día y Casas de Cuidado	Mediano	Municipal	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia municipal	Nuevos centros en operación
III.3	Fortalecer red de centros comunitarios (Colmenas / DIF)	Mediano	Estatad-Municipal	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, municipios	Cobertura territorial ampliada
III.4	Diseñar rutas de movilidad y transporte adaptado	Mediano-Largo	Estatad	Secretaría de Transporte Jalisco, Secretaría del Sistema de Asistencia Social	Reducción de barreras de acceso
IV.1	Plataforma estatal de teleasistencia y coordinación	Mediano	Estatad	Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco, Secretaría de Salud Jalisco, Secretaría del Sistema de Asistencia Social	Plataforma activa
IV.2	Programa "Derecho al Respiro"	Corto-Mediano	Estatad-Municipal	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, municipios	Cuidadoras beneficiadas
IV.3	Programas de acompañamiento psicoemocional	Corto	Estatad	Secretaría del Sistema de Asistencia Social, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia	Reducción de indicadores de sobrecarga
IV.4	Atención prioritaria a cuidadoras de alta vulnerabilidad	Corto	Estatad	Secretaría de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia	% población objetivo atendida
V.1	Estrategia de corresponsabilidad con el sector privado	Mediano	Estatad	Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Desarrollo Económico	Empresas adheridas
V.2	Incentivos para políticas laborales de cuidado	Mediano	Estatad	Secretaría de Administración, Secretaría de la Hacienda Pública, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Secretaría del Trabajo y Previsión Social	Instrumentos creados
V.3	Fortalecer redes comunitarias de cuidado	Mediano-Largo	Municipal	Municipios, Organizaciones de la Sociedad Civil	Redes activas
V.4	Campañas de sensibilización en género y cuidados	Corto	Estatad	Secretaría de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres	Cambio en percepciones (encuestas)

No.	Acción estratégica	Horizonte	Nivel de gobierno	Actores responsables	Indicadores de éxito
VI.1	Sistema de monitoreo y evaluación del Sistema de Cuidados	Mediano	Estatad	Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco	Tablero de indicadores público
VI.2	Evaluaciones periódicas de impacto	Largo	Estatad	Universidades, Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana	Evaluaciones publicadas
VI.3	Ajustes normativos y presupuestales basados en evidencia	Largo	Estatad	Congreso, Secretaría de Administración, Secretaría de la Hacienda Pública, Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana, Poder Ejecutivo, Junta Estatal del Sistema Integral de Cuidados	Reformas y reasignaciones
VI.4	Consolidación del sistema como política de Estado	Largo	Estatad	Junta Estatal del Sistema Integral de Cuidados	Continuidad multianual

VI. Fase de Evaluación, sostenibilidad y ajuste del sistema

Fuente: elaboración propia.

Dimensiones estratégicas del Sistema de Cuidados y mapa de actores

El Sistema Integral de Cuidados se concibe como una política pública multidimensional e interseccional, cuya efectividad depende de la articulación simultánea de distintos factores institucionales, económicos, territoriales y sociales. En este sentido, los ejes estratégicos de la hoja de ruta no se entienden como líneas de acción aisladas, sino como componentes interrelacionados que operan de manera coordinada. A partir de esta lógica, la hoja de ruta identifica cuatro dimensiones estratégicas, las cuales permiten comprender tanto la complejidad del sistema como la diversidad de actores involucrados en su implementación.

Dimensión 1. Político-institucional

El Sistema de Cuidados se sustenta en una organización multisectorial e interinstitucional, orientada al diseño de políticas públicas transversales e integrales. Esta dimensión enfatiza la coordinación entre dependencias, niveles de gobierno y organismos públicos, así como el fortalecimiento del trabajo colaborativo, la toma de decisiones basada en evidencia y los mecanismos de rendición de cuentas. La capacidad institucional para articular

actores y responsabilidades resulta clave para el funcionamiento efectivo del sistema.

Dimensión 2. Económica

Las acciones derivadas del Sistema de Cuidados buscan contribuir a la construcción de comunidades de bienestar, por lo que el combate a la pobreza, la reducción de desigualdades y la inclusión de sectores en situación de vulnerabilidad forman parte central de su lógica de intervención. El cuidado se reconoce así no sólo como un asunto social, sino también como un componente estratégico del desarrollo económico y de la sostenibilidad de los hogares.

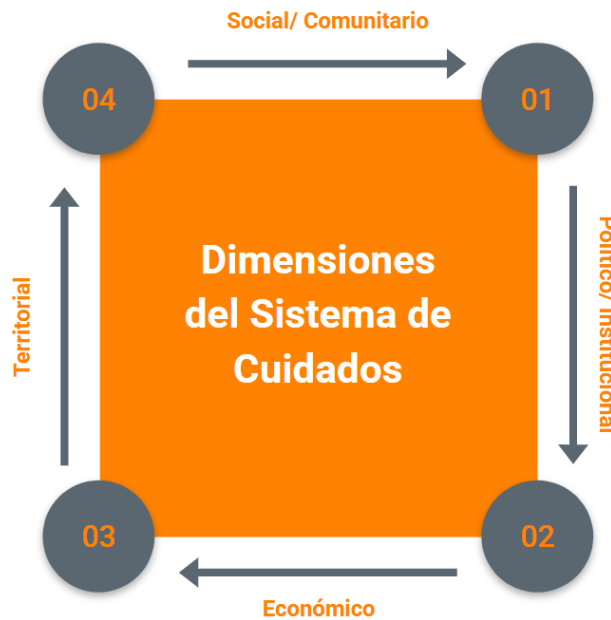
Dimensión 3. Territorial

Una política pública de cuidados que no incorpore las particularidades regionales y locales está destinada al fracaso. Por ello, esta dimensión subraya la importancia de considerar los contextos territoriales, las brechas regionales y las condiciones específicas de cada entorno, a fin de diseñar e implementar acciones focalizadas y pertinentes que respondan a las realidades concretas de los distintos municipios y regiones del estado.

Dimensión 4. Social y comunitaria

El éxito del Sistema de Cuidados depende también de su capacidad para integrarse en las dinámicas sociales y comunitarias del ecosistema de cuidados. Esta dimensión coloca en el centro la dignidad de las personas cuidadoras y de quienes requieren cuidados, reconociendo que el cuidado se produce y reproduce en espacios comunitarios, familiares y sociales que deben ser fortalecidos y acompañados por la política pública.

Figura 4. Dimensiones del Sistema de Cuidados

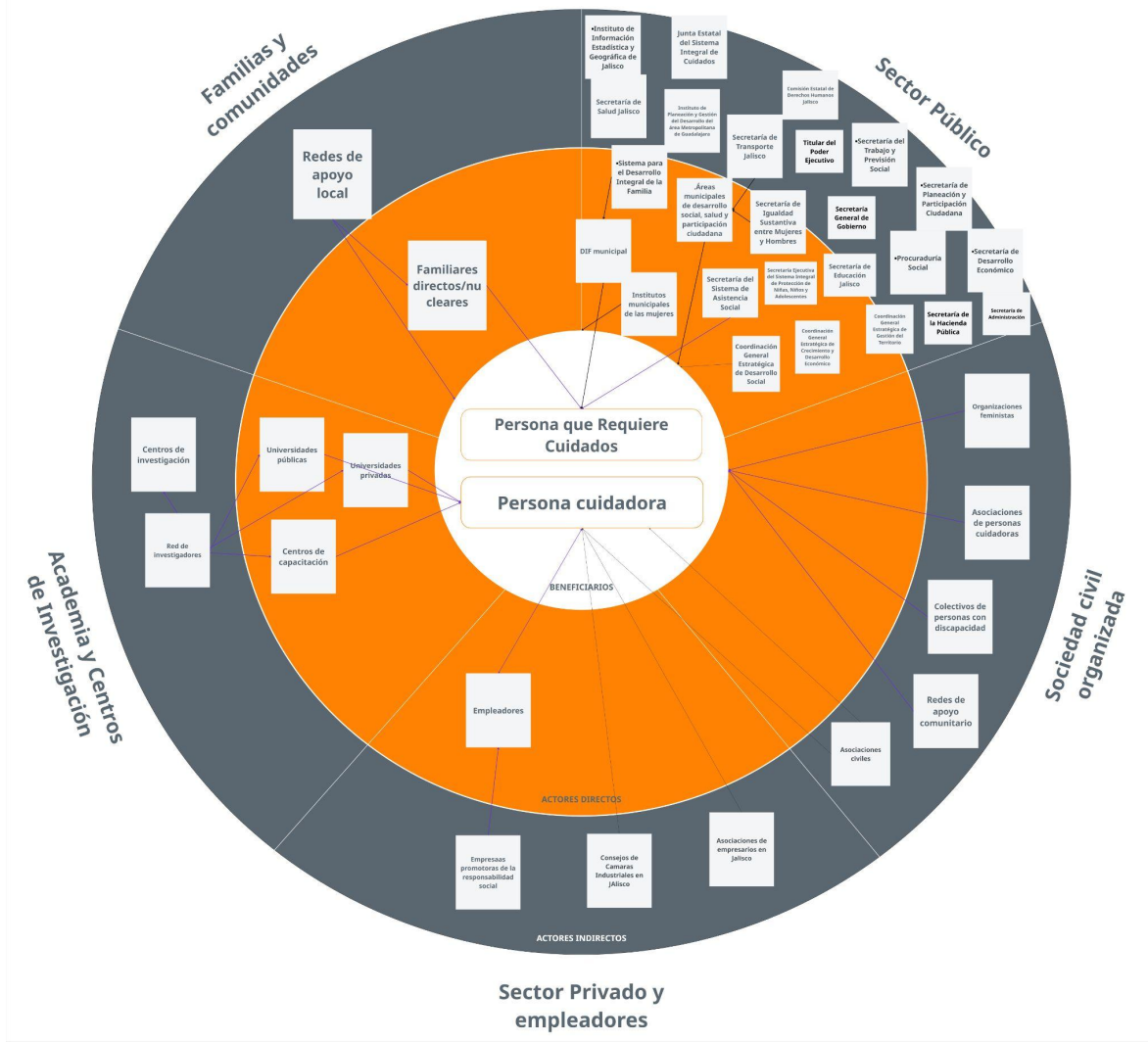


Fuente: elaboración propia.

En el núcleo del Sistema de Cuidados se encuentran las personas susceptibles de ser beneficiarias directas de su implementación, entre las que se identifican: niñas, niños y adolescentes; personas con discapacidad física o con problemas de salud mental; personas adultas mayores; y las personas cuidadoras, tanto remuneradas como no remuneradas. La centralidad de estos grupos orienta el diseño de las acciones y define las prioridades del sistema.

A partir de estas cuatro dimensiones, la hoja de ruta identifica un mapa de actores que refleja la naturaleza corresponsable del Sistema de Cuidados. Se reconocen cinco grandes grupos que participan de manera directa o indirecta en su articulación: el sector público, el sector privado, la academia, la sociedad civil organizada y las familias o comunidades. Su inclusión resulta fundamental, ya que permite visibilizar que, en la etapa actual, la mayor concentración de responsabilidades y capacidades recae en el sector público, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la articulación institucional como condición para que, en tanto documento vivo, el mapa de actores se amplíe progresivamente hacia los demás sectores.

Figura 5. Mapa de actores



Fuente: elaboración propia.

Consideraciones finales

La presente hoja de ruta constituye una propuesta estratégica para la implementación progresiva del Sistema Integral de Cuidados en Jalisco, construida a partir de un diagnóstico riguroso, de la revisión de los avances

normativos y programáticos existentes y de los aportes teóricos y comparados en la materia. Su propósito no es sustituir los instrumentos vigentes, sino articularlos, fortalecerlos y volverlos operativos mediante una secuencia clara de decisiones públicas.

En esta hoja de ruta se reconoce que la crisis de cuidados en el estado es de carácter estructural y que su atención requiere una intervención pública sostenida, intersectorial y territorialmente diferenciada. En este sentido, se propone una lógica de implementación progresiva que prioriza la construcción de capacidades institucionales, la generación de impactos tempranos que alivien la sobrecarga de los hogares y, finalmente, la consolidación del sistema con estándares de calidad, corresponsabilidad social y enfoque de derechos.

Asimismo, la hoja de ruta reafirma que el cuidado no puede seguir siendo asumido de manera predominante por los hogares, ni recaer de forma desproporcionada en las mujeres. Avanzar hacia un Sistema Integral de Cuidados implica reorganizar socialmente el cuidado, redistribuir responsabilidades entre el Estado, el mercado, las comunidades y las familias, y reconocer el cuidado como un componente central del bienestar, la igualdad sustantiva y el desarrollo económico.

Finalmente, este documento debe entenderse como un instrumento dinámico, susceptible de actualización y ajuste conforme se fortalezcan las capacidades institucionales, se generen aprendizajes de la implementación y se produzca nueva evidencia. En ese sentido, la hoja de ruta no representa un punto de llegada, sino un marco orientador para la toma de decisiones públicas que permita avanzar, de manera gradual y realista, hacia la garantía efectiva del derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado en el estado de Jalisco.

Anexo. Listado de siglas y acrónimos

- Consejería Jurídica: Consejería Jurídica del Gobierno del Estado de Jalisco
- SEPLAN: Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana del Estado de Jalisco

- SEPAF: Secretaría de la Hacienda Pública del Estado de Jalisco
- SSAS: Secretaría del Sistema de Asistencia Social del Estado de Jalisco
- SSJ: Secretaría de Salud Jalisco
- SEDIF / DIF: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Jalisco (Cuando se especifica “DIF municipal”, se refiere al Sistema DIF de cada municipio)
- Igualdad: Secretaría de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres del Estado de Jalisco
- Educación: Secretaría de Educación del Estado de Jalisco
- STyPS: Secretaría del Trabajo y Previsión Social del Estado de Jalisco
- IIEG: Instituto de Información Estadística y Geográfica del Estado de Jalisco
- UdeG: Universidad de Guadalajara
- CONOCER: Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales
- OSC: Organizaciones de la Sociedad Civil
- SEDECO / Economía: Secretaría de Desarrollo Económico del Estado de Jalisco
- Comunicación Social: Coordinación General de Comunicación Social del Gobierno del Estado de Jalisco
- Transporte: Secretaría de Transporte del Estado de Jalisco
- Salud: Secretaría de Salud Jalisco
- Congreso: Congreso del Estado de Jalisco
- Gabinete Estatal: Conjunto de titulares de las dependencias que integran la administración pública estatal del Gobierno de Jalisco

Hoja de ruta para la implementación municipal del Sistema Integral de Cuidados en Jalisco

La implementación efectiva del Sistema Integral de Cuidados en Jalisco depende en gran medida de su aplicación a nivel municipal. Aunque el marco normativo y la dirección estratégica corresponden al ámbito estatal, los municipios son el espacio en donde el cuidado se brinda diariamente, se organizan redes comunitarias, se identifican necesidades y se abordan

directamente las brechas territoriales y sociales que conforman la crisis de cuidados.

La Ley del Sistema Integral de Cuidados para el Estado de Jalisco reconoce la importancia del orden municipal al establecer atribuciones claras para los ayuntamientos en planeación, organización, operación y evaluación de los sistemas locales de cuidados. Por ello, esta hoja de ruta municipal es una extensión operativa y territorial de la hoja de ruta estatal, diseñada para guiar a los municipios en el cumplimiento progresivo de sus responsabilidades legales y en el fortalecimiento de capacidades institucionales sostenibles.

Esta hoja de ruta reconoce la diversidad municipal de Jalisco en aspectos demográficos, económicos, administrativos y territoriales, y propone una secuencia estratégica flexible que permite avanzar desde acciones básicas hasta la consolidación del cuidado como política pública local.

El papel estratégico de los municipios en el Sistema Integral de Cuidados



Según la Ley del Sistema Integral de Cuidados para el Estado de Jalisco, los municipios son corresponsables en la construcción del sistema, no solo ejecutores de políticas estatales. Deben planear, desarrollar y operar sus propios Sistemas Municipales de Cuidados, crear y

aprobar Programas Municipales de Cuidados Integrales, supervisar servicios y coordinarse activamente con el Sistema Estatal y el Registro Estatal de Cuidados.

El diagnóstico muestra que los municipios ya desempeñan un papel clave, especialmente a través de los Sistemas DIF municipales y redes comunitarias informales, pero lo hacen de forma fragmentada, con capacidades desiguales y sin una articulación clara con la política estatal. Esta hoja de ruta busca

ordenar, fortalecer y visibilizar este papel, evitando que el cuidado dependa solo de esfuerzos aislados o de la voluntad política de cada administración.

Principios orientadores de la hoja de ruta municipal

La hoja de ruta municipal se basa en los mismos principios que el Sistema Integral de Cuidados estatal, con énfasis en su aplicación operativa local. Destaca la corresponsabilidad social, igualdad sustantiva, territorialización, accesibilidad, calidad y sostenibilidad, reconociendo que los municipios son el espacio clave para hacer efectivos estos principios en la vida diaria de las personas cuidadoras y quienes requieren cuidados. Asimismo, reconoce que la implementación municipal debe ser progresiva y realista, considerando las capacidades administrativas y financieras de cada ayuntamiento, pero sin perder de vista el carácter de derecho que la Ley otorga al cuidado.

Al igual que la hoja de ruta estatal, la propuesta municipal se estructura en fases acumulativas, que no se conciben como etapas cerradas, sino como capas de construcción institucional que se refuerzan mutuamente.

Fase I. Cimentación institucional municipal

El primer desafío para los municipios es contar con una estructura mínima que les permita asumir de manera ordenada sus responsabilidades en cuidados. El diagnóstico revela que, en muchos casos, las acciones municipales existen, pero carecen de un anclaje institucional claro. En esta fase, la prioridad es institucionalizar el tema de cuidados en el gobierno municipal. Esto implica designar formalmente un enlace municipal de cuidados, preferentemente adscrito al Sistema DIF municipal o a la instancia que el ayuntamiento determine, con capacidad de coordinar entre áreas. Este enlace será el punto focal para la articulación con el Sistema Estatal de Cuidados y el Registro Estatal.

De manera complementaria, los municipios deben iniciar la elaboración de su Programa Municipal de Cuidados Integrales, alineado con la Ley estatal y con el Programa Estatal de Cuidados, pero sensible a las condiciones locales. Este programa no requiere, en una primera etapa, una expansión inmediata de

servicios, sino una lectura clara del diagnóstico local, de la oferta existente y de las prioridades territoriales.

Fase II. Articulación operativa y fortalecimiento de capacidades

Una vez establecida la base institucional, la hoja de ruta municipal propone avanzar hacia la articulación operativa de los servicios y apoyos existentes. En la mayoría de los municipios, el cuidado ya se brinda a través de programas de asistencia social, de salud comunitaria, de atención a personas mayores, de discapacidad o de primera infancia. El problema no es la inexistencia absoluta de acciones, sino su fragmentación.

En esta fase, los municipios deben ordenar su oferta de cuidados, registrar los servicios públicos, comunitarios y privados existentes, y alimentar de forma sistemática el Registro Estatal de Cuidados. Este proceso fortalece la planeación local, evita duplicidades y permite identificar vacíos de atención.

También se promueve la capacitación progresiva del personal municipal involucrado en tareas de cuidado, en coordinación con las instancias estatales responsables de formación y certificación, especialmente con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, la Secretaría de Educación de Jalisco y el Sistema DIF estatal.

Fase III. Despliegue territorial y proximidad del cuidado

La evidencia empírica muestra que las barreras de acceso al cuidado son profundamente territoriales. Por ello, una fase clave de la hoja de ruta municipal es el acercamiento efectivo de los servicios a la población. En esta etapa, los municipios pueden fortalecer o crear centros de día, espacios comunitarios de cuidado, redes de apoyo vecinal y esquemas de atención domiciliaria, priorizando a las personas con mayor nivel de dependencia y a las cuidadoras con una alta carga de cuidado. Estas acciones deben realizarse en estrecha coordinación con el Sistema DIF municipal y con el apoyo técnico y financiero del nivel estatal, conforme a lo establecido en la Ley.

El énfasis no está en replicar modelos únicos, sino en adaptar soluciones a contextos urbanos, rurales o semiurbanos, aprovechando la infraestructura existente y las capacidades comunitarias. La sostenibilidad del sistema

municipal depende en gran medida de la capacidad para reducir el desgaste de las personas cuidadoras. En esta fase, los municipios son clave para identificar cuidadoras en situación de alta vulnerabilidad y canalizar apoyos.

Las acciones municipales pueden incluir la implementación local del Programa de Derecho al Respiro, el acceso a servicios de acompañamiento psicoemocional y la vinculación de cuidadoras con programas sociales, de salud y de empleo. Estas intervenciones, aunque focalizadas, tienen un impacto significativo en la prevención del colapso del cuidado en los hogares.

Fase V. Evaluación, ajuste y sostenibilidad local

La hoja de ruta municipal destaca la necesidad de consolidar mecanismos básicos de seguimiento y evaluación. Los municipios deben generar información periódica sobre la demanda de cuidados, el uso de servicios y los principales impactos, alimentando los sistemas estatales de monitoreo y evaluación. Esta fase permite institucionalizar el cuidado como política pública local, más allá de los ciclos administrativos, y asegurar su alineación continua con la política estatal.

Tipologías municipales para la implementación del Sistema Integral de Cuidados en Jalisco

La implementación del Sistema Integral de Cuidados en Jalisco requiere reconocer que los municipios tienen puntos de partida y desafíos distintos. Factores como capacidades institucionales, estructura demográfica, densidad poblacional, disponibilidad de servicios y dinámicas territoriales generan escenarios muy diversos para la provisión y organización del cuidado. Por ello, una estrategia municipal homogénea sería ineficiente y podría aumentar las brechas en el acceso a cuidados.

Por ello, la hoja de ruta municipal adopta un enfoque de tipologías, que traduce los principios universales del sistema –derecho al cuidado, corresponsabilidad social, igualdad sustantiva y accesibilidad– en estrategias diferenciadas, adaptadas a las capacidades y contextos locales. Esta estrategia no jerarquiza derechos ni fragmenta el sistema, sino que ajusta los mecanismos de

implementación para asegurar que todos los municipios avancen de forma progresiva y sostenible en el cumplimiento de la Ley del Sistema Integral de Cuidados para el Estado de Jalisco.

Las tipologías propuestas se basan en patrones identificados en el diagnóstico integrado, especialmente en cuanto a la concentración de la demanda de cuidados, la disponibilidad de servicios, la capacidad administrativa y el nivel de articulación institucional. Con estos criterios, se distinguen tres tipos principales de municipios: metropolitanos, intermedios y rurales o de alta marginación.

Los municipios metropolitanos: concentran una alta densidad poblacional y una demanda significativa de cuidados, asociada al envejecimiento, la discapacidad y la participación laboral de las mujeres. Al mismo tiempo, cuentan con una mayor capacidad administrativa, una oferta más diversificada de servicios –públicos, privados y comunitarios– y estructuras de planeación más robustas. En estos municipios, el desafío central no es la inexistencia de servicios, sino su fragmentación, su desigual distribución territorial y la ausencia de mecanismos sistemáticos de regulación, coordinación y evaluación. Por ello, la hoja de ruta prioriza estrategias orientadas a la articulación interinstitucional, a la mejora de la calidad, a la regulación de la oferta y a la generación de información para la toma de decisiones.

MATRIZ ACCIONES ESTRATÉGICAS. Municipios Metropolitanos

Acción estratégica	Responsable municipal	Indicadores clave
Instalar formalmente el Sistema Municipal de Cuidados	Presidencia Municipal	Sistema instalado y sesionando
Elaborar Programa Municipal de Cuidados con metas multianuales	Planeación Desarrollo Social DIF Municipal	Programa aprobado y alineado al estatal
Integrar y actualizar Registro Municipal de Servicios de Cuidado	DIF Municipal Desarrollo Social	% de servicios registrados
Regular y supervisar servicios privados y comunitarios de cuidado	DIF Municipal Cabildo Desarrollo Social	Inspecciones realizadas
Implementar centros de día y servicios especializados	DIF Municipal	Cobertura territorial
Implementar Programa de Derecho al Respiro	DIF Municipal	Personas cuidadoras beneficiadas
Generar indicadores de desempeño y calidad	Planeación DIF Desarrollo Social	Indicadores reportados anualmente
Etiquetar presupuesto municipal específico para cuidados	Tesorería Municipal	Presupuesto asignado

Fuente: elaboración propia.

Los municipios intermedios: desempeñan funciones regionales importantes y cuentan con una capacidad institucional media. En estos municipios coexisten zonas urbanas y rurales, con una oferta limitada de servicios de cuidado, concentrada en las cabeceras municipales. El reto principal es consolidar capacidades, ampliar la cobertura y fortalecer la articulación territorial para que el acceso al cuidado no dependa únicamente de la ubicación geográfica. En esta tipología, la hoja de ruta enfatiza la institucionalización básica del sistema municipal de cuidados, el fortalecimiento de los servicios comunitarios existentes y la vinculación efectiva con los apoyos estatales.

MATRIZ ACCIONES ESTRATÉGICAS. Municipios Intermedios

Acción estratégica	Responsable municipal	Indicadores clave
Designar Enlace Municipal de Ciudades	Presidencia Municipal DIF Municipal DIF Municipal	Enlace designado
Elaborar Programa Municipal de Ciudades (versión simplificada)	Planeación Desarrollo Social DIF Municipal	Programa aprobado
Levantar inventario de servicios públicos y comunitarios	DIF Municipal Desarrollo Social	Inventario actualizado
Alimentar Registro Estatal de Ciudades	Enlace Municipal	Registros cargados
Fortalecer centros comunitarios existentes	DIF Municipal	Espacios fortalecidos
Implementar esquemas de atención domiciliaria	DIF Salud Municipal	Personas atendidas
Canalizar personas cuidadoras a apoyos estatales	DIF Municipal	Canalizaciones efectivas
Incorporar línea presupuestal inicial para ciudades	Tesorería	Línea presupuestal creada

Fuente: elaboración propia.

Los municipios rurales o de alta marginación: enfrentan condiciones especialmente adversas para organizar el cuidado. La dispersión territorial, la infraestructura limitada, la escasez de servicios especializados y las restricciones administrativas hacen que el cuidado recaiga casi por completo en los hogares y redes comunitarias informales. En estos casos, la política de cuidados debe priorizar el acceso, la proximidad y la articulación con el nivel estatal, en lugar de crear nuevas estructuras formales de inmediato. La hoja de ruta se enfoca en identificar a las personas cuidadoras y a quienes requieren cuidados, fortalecer redes comunitarias, facilitar el acceso a servicios regionales y asegurar que el Estado llegue a los territorios más alejados.

MATRIZ ACCIONES ESTRATÉGICAS. Municipios Rurales o de Alta Marginación

Acción estratégica	Responsable municipal	Indicadores clave
Designar responsable municipal de cuidados (función acumulada)	Presidencia Municipal DIF Municipal	Responsable designado
Identificar personas cuidadoras y hogares prioritarios	DIF Municipal	Padrón básico elaborado
Articular servicios estatales y regionales	DIF Municipal Desarrollo Social	Convenios / gestiones realizadas
Implementar redes comunitarias de cuidado	DIF Autoridades auxiliares	Redes activas
Facilitar acceso a servicios (traslados, acompañamiento)	DIF Obras Desarrollo Social	Apoyos otorgados
Canalizar a Programa de Derecho al Respiro estatal	DIF Municipal	Beneficiarios canalizados
Reportar información básica al Sistema Estatal	Enlace municipal	Reportes enviados
Gestionar recursos estatales y federales	Presidencia Municipal	Recursos obtenidos

Fuente: elaboración propia.

La adopción de tipologías municipales permite que la implementación del Sistema Integral de Cuidados en Jalisco sea sensible al territorio, jurídicamente coherente y socialmente justa. Al reconocer las diferencias sin perder de vista los principios comunes, esta estrategia fortalece la viabilidad del sistema y

sienta las bases para una expansión progresiva del derecho al cuidado en todo el estado. Cabe destacar que las administraciones públicas varían en su composición de áreas y unidades administrativa; por ello los responsables municipales aquí propuestos pretenden reflejar la naturaleza del área que asumiría esa acción estratégica.





Recomendaciones y conclusiones

El diagnóstico realizado confirma que el cuidado en Jalisco es un problema público y estructural cuya magnitud, distribución y efectos trascienden el ámbito doméstico y asistencial. La evidencia cuantitativa y cualitativa demuestra de manera consistente una brecha persistente: la demanda de cuidados aumenta, mientras que la capacidad institucional para responder de forma accesible, equitativa y sostenible permanece limitada. Esta situación genera una sobrecarga física, emocional y económica en los hogares, que afecta de manera desproporcionada a las mujeres.

Los hallazgos empíricos evidencian que la actual organización social del cuidado reproduce desigualdades de género, territoriales y socioeconómicas y genera trayectorias de cuidado insostenibles a largo plazo. La alta prevalencia de personas cuidadoras, la intensidad prolongada del cuidado, la baja corresponsabilidad intrafamiliar, la informalidad del trabajo de cuidados y las barreras estructurales de acceso a los servicios configuran un escenario en el que el cuidado depende principalmente de arreglos familiares frágiles y con escaso respaldo institucional. Estas dinámicas, documentadas en estudios cuantitativos y en narrativas cualitativas, coinciden con la literatura internacional que identifica una “crisis de los cuidados” vinculada a transformaciones demográficas, laborales y familiares que los sistemas tradicionales de bienestar ya no pueden absorber.

El contraste entre los hallazgos del diagnóstico y los marcos teóricos respalda esta interpretación. De acuerdo con la CEPAL, ONU Mujeres y la OIT, la persistencia de sistemas de cuidado que invisibilizan el trabajo no remunerado y delegan el cuidado casi exclusivamente en los hogares genera efectos acumulativos, como la desigualdad, la pobreza de tiempo y la exclusión laboral de las mujeres. Por lo tanto, el caso de Jalisco representa una manifestación localizada de un fenómeno estructural ampliamente documentado en América Latina. Esto subraya la necesidad de avanzar hacia un sistema integral de cuidados con un enfoque de derechos, de corresponsabilidad social y de territorialización.

Desde una perspectiva normativa, el diagnóstico se sitúa en un contexto relevante. La aprobación de la Ley del Sistema Integral de Cuidados del Estado de Jalisco posiciona a la entidad a la vanguardia nacional en el reconocimiento

del cuidado como derecho social y pilar del bienestar. Sin embargo, los resultados evidencian que el principal desafío no radica en la ausencia de leyes, sino en su implementación efectiva. Resulta fundamental la articulación interinstitucional y multinivel, así como la capacidad de transformar los principios normativos en servicios, apoyos y condiciones para las personas cuidadoras y quienes requieren cuidados. El diagnóstico confirma que el derecho al cuidado no se garantiza únicamente mediante el reconocimiento legal, sino también mediante estructuras institucionales, presupuestarias y territoriales que lo hagan exigible.

A partir de estas conclusiones, las implicaciones para la política pública resultan evidentes. En primer lugar, es fundamental abandonar enfoques fragmentados y asistencialistas y avanzar hacia una reorganización social del cuidado que redistribuya las responsabilidades entre el Estado, los municipios, el mercado, las comunidades y las familias. En segundo lugar, la evidencia indica que la sostenibilidad del sistema depende tanto de la expansión de los servicios como del fortalecimiento de las capacidades institucionales, de la profesionalización del sector y el apoyo directo a las personas cuidadoras. En tercer lugar, las desigualdades territoriales identificadas requieren la adopción de una lógica de planeación diferenciada que reconozca los contextos regionales y priorice a las poblaciones con mayores niveles de dependencia y menor acceso a los servicios.

En este contexto, la hoja de ruta propuesta responde a los hallazgos del diagnóstico. Su lógica de implementación progresiva se fundamenta en acciones habilitadoras, de alto impacto temprano y de consolidación. Este enfoque prioriza las capacidades de implementación, en lugar de los derechos o de poblaciones específicas. Reconoce las limitaciones del sector público y la necesidad de maximizar el impacto social. La secuencia propuesta permite establecer las bases institucionales y normativas del sistema, aliviar de forma temprana la sobrecarga en los hogares y consolidar el cuidado como una política pública estructural, evaluable y sostenible.

Las recomendaciones derivadas de este diagnóstico tienen como objetivo construir un ecosistema de cuidados articulado, con reglas claras, financiamiento estable, mecanismos de evaluación y una narrativa pública que

legitime el cuidado como responsabilidad social compartida. El diagnóstico y la hoja de ruta constituyen un binomio inseparable: el primero aporta la evidencia y la comprensión del problema, mientras que la segunda organiza la acción pública necesaria para su transformación.

En síntesis, este diagnóstico describe el estado actual del cuidado en Jalisco y presenta un marco integral sustentado en evidencia empírica, referentes teóricos, aprendizajes comparados y el marco normativo vigente. De este modo, identifica con precisión los nudos estructurales que limitan la sostenibilidad del cuidado. El documento vincula el problema público, los derechos reconocidos y las capacidades institucionales necesarias para garantizarlos. Establece las bases para una intervención pública informada, gradual y evaluable. La hoja de ruta propuesta consolida los avances existentes y los proyecta estratégicamente, orientando principios y diagnósticos hacia decisiones, acciones y resultados concretos. Así, el cuidado se posiciona como eje del bienestar social y como componente estructural del desarrollo y de la responsabilidad pública del Estado de Jalisco, con efectos duraderos en la igualdad, la cohesión social y la calidad de vida de la población a lo largo de su vida.

De este modo, el documento proporciona al Estado de Jalisco una base sólida para avanzar, de manera gradual y decidida, hacia la garantía efectiva del derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado a lo largo del curso de vida.

diñf
GALISCO

The logo features the lowercase letters 'diñf' in a stylized, rounded font. The 'i' has a dot above it. Below the letters, the word 'GALISCO' is written in a smaller, uppercase, sans-serif font, following the curve of a thick orange border that forms a shield-like shape around the text. The background is a solid dark grey.