



**HACIA UNA CORRESPONSABILIDAD
DEL CUIDADO
EN LA RESPUESTA
HUMANITARIA:**

**Guía para diagnósticos
participativos comunitarios**

Junio 2025



AVESA

Asociación Venezolana
para una Educación
Sexual Alternativa

LA PRESENTE GUÍA ES UN PRODUCTO ELABORADO POR:



AVESA
Asociación Venezolana
para una Educación
Sexual Alternativa

**HACIA UNA CORRESPONSABILIDAD
DEL CUIDADO
EN LA RESPUESTA
HUMANITARIA:**

**Guía para diagnósticos
participativos comunitarios**

Autoras/es:

**MAGDYMAR LEÓN TORREALBA
ROSA PAREDES
CARLOS RAMOS MIRABAL**

Asistencia:

Anabella Tartaglia

Diseño Gráfico:

Elisa Machado Martínez

Contenidos

I. Introducción

II. Cuidado y corresponsabilidad: conceptos básicos, principios e impacto

- 2.1** Conceptos básicos
- 2.2** Principios rectores
- 2.3** Impacto de trabajar los cuidados en el marco de la respuesta humanitaria

III. ¿Por qué y para qué un diagnóstico participativo de los cuidados?

- 3.1** Diagnóstico participativo de cuidado como herramienta transformadora
- 3.2** Cuidados, corresponsabilidad del cuidado, violencia basada en género y autonomía económica
- 3.3** Autonomías, corresponsabilidad y transformación social: una visión desde los diagnósticos participativos de cuidado

IV. Ciclo del diagnóstico participativo de cuidados en la respuesta humanitaria

- 4.1** Preparación: conformación del equipo, alianzas y planificación
- 4.2** Recolección de Información y aplicación de herramientas participativas
- 4.3** Diseño colectivo de propuestas transformadoras
- 4.4** Seguimiento y evaluación
- 4.5** Incidencia y réplica: una fase opcional pero estratégica
- 4.6** Buenas prácticas y aprendizajes

V. Caja de herramientas

- **Fase.** Recolección de la información y aplicación de herramientas participativas
- **Fase.** Diseño colectivo de propuestas transformadoras
- **Fase.** Seguimiento y evaluación

Referencias bibliográficas

I. Introducción

Desde un enfoque de derechos humanos y de género, es imprescindible reconocer que el cuidado es un derecho y una responsabilidad colectiva.

El trabajo de cuidado —entendido como todas aquellas actividades necesarias para la reproducción de la vida, tanto en su dimensión física como afectiva— constituye un pilar fundamental para el sostenimiento de las sociedades. Sin embargo, históricamente ha sido invisibilizado, desvalorizado y distribuido de forma desigual, lo que ha generado profundas brechas de género, clase, etnia y otras condiciones sociales (Esquivel, 2011).

En contextos humanitarios, estas desigualdades se exacerbaban, ya que las redes de apoyo se debilitan, los servicios públicos colapsan y las necesidades de cuidado aumentan de manera significativa. Las mujeres, especialmente aquellas en situación de pobreza, migración forzada o desplazamiento, asumen una sobrecarga desproporcionada de estas tareas, lo cual limita su autonomía económica, su participación social y política, y su acceso a derechos (AVESA, 2025).

Este fenómeno no es neutro, el modelo actual de organización social del cuidado es un factor estructural de desigualdad y de violencia. Las mujeres no solo enfrentan violencia física, sexual o simbólica, sino también una violencia estructural que se manifiesta en la falta de corresponsabilidad del Estado, la comunidad y los hombres en las tareas de cuidado (Batthyány, 2015). Esta carga desmedida impuesta a las mujeres es una expresión más del sistema patriarcal, que refuerza la división sexual del trabajo y perpetúa su subordinación (Rico, 2011).

Desde un enfoque de derechos humanos y de género, es imprescindible reconocer que el cuidado es un derecho y una responsabilidad colectiva. Esto implica avanzar hacia modelos de corresponsabilidad entre Estado, comunidad, mercado y familias, donde se promueva una redistribución justa de estas labores, con especial énfasis en la participación de los hombres

y en la provisión de políticas públicas que garanticen sistemas integrales de cuidado (CEPAL, 2021). Como plantea Fraser (2016), la justicia social no puede alcanzarse sin una redistribución equitativa del cuidado, entendida como una dimensión esencial para garantizar el bienestar y la igualdad en sociedades democráticas. Por ello, incorporar el análisis del cuidado en los diagnósticos participativos en contextos humanitarios no solo permite identificar necesidades urgentes, sino que también habilita caminos para la transformación estructural y la promoción de sociedades más justas y equitativas. Garantizar condiciones dignas para el cuidado —remunerado y no remunerado— implica avanzar hacia un modelo de protección social sensible al género, capaz de reconocer, reducir y redistribuir estas tareas (Pautassi, 2017; CEPAL, 2021).

Incorporar el enfoque de cuidados en la respuesta humanitaria permite no solo atender necesidades inmediatas, sino también salvar vidas y aliviar el sufrimiento de quienes enfrentan crisis prolongadas o emergencias.

Desde **AVESA**, se ha señalado que la corresponsabilidad social de los cuidados no solo es un tema de justicia social, sino también una estrategia clave en la prevención de la violencia basada en género. El aislamiento, la sobrecarga y el control económico vinculados al rol de cuidadoras pueden reforzar dinámicas de desigualdad y de violencia dentro de los hogares y comunidades (**AVESA**, 2025).

Incorporar el enfoque de cuidados en la respuesta humanitaria permite no solo atender necesidades inmediatas, sino también salvar vidas y aliviar el sufrimiento de quienes enfrentan crisis prolongadas o emergencias. El cuidado — históricamente invisibilizado, no remunerado y feminizado— se convierte en un eje transformador que articula el bienestar comunitario con la equidad, la protección y la justicia social. **En situaciones de emergencia, donde las redes familiares se fracturan y los servicios públicos colapsan, reconocer y sostener el trabajo de cuidados reduce la exposición de las mujeres y niñas a múltiples formas de violencia, previene el deterioro de la salud física y mental y mejora el acceso seguro a servicios esenciales como salud, educación, alimentación y medios de vida. Trabajar este tema en contextos de crisis habilita espacios de organización comunitaria, empoderamiento de las mujeres y construcción de redes solidarias que fortalecen la resiliencia local.** Esta corresponsabilidad —entre mujeres y hombres, familias, comunidades, actores humanitarios y el Estado— es una medida urgente y estratégica para proteger la vida y restaurar la dignidad de las personas más afectadas por la desigualdad. La igualdad de género no puede alcanzarse

mientras persistan estructuras que cargan exclusivamente sobre las mujeres la responsabilidad del cuidado. Por eso, **esta guía parte de una premisa central: el cuidado no es un asunto privado ni secundario, sino un pilar clave para una recuperación sostenible, justa y verdaderamente humanitaria.**

En este marco, la presente guía tiene como objetivo brindar herramientas metodológicas para la elaboración participativa de diagnósticos comunitarios sobre el cuidado, con enfoque de género, que permitan identificar de forma situada las necesidades, capacidades y condiciones existentes en torno al cuidado en contextos humanitarios. Está dirigida a diferentes organizaciones y grupos que trabajan en comunidades, así como a todas las personas que investigan o estudian esta área de conocimiento sobre el cuidado a nivel comunitario. También puede ser útil, para diseñar estrategias de vinculación de los planes y acciones de Cuidado Comunitario, con políticas públicas locales descentralizadas que fortalezcan el desarrollo humano y la gobernanza.

Esta guía parte de una premisa central: el cuidado no es un asunto privado ni secundario, sino un pilar clave para una recuperación sostenible, justa y verdaderamente humanitaria.

La propuesta metodológica se basa en los aprendizajes del trabajo de AVESA con comunidades en Venezuela, integrando el principio de corresponsabilidad del cuidado en tres niveles: familiar, comunitario y social, para orientar acciones concretas que fortalezcan el tejido social, promuevan la equidad de género y contribuyan a la prevención de la violencia basada en género. Se presenta un enfoque y una metodología para incorporar el tema del cuidado en la respuesta humanitaria, a partir de la experiencia desarrollada en diagnósticos y construcción de Agendas Locales de Cuidado en Táchira, Zulia y Lara en alianza con las organizaciones UNIANDES, Nuevo Amanecer y ALAPLAF.

Aquí les ofrecemos un marco conceptual, principios rectores y explicamos por qué y para qué del trabajo en cuidados en el marco de la respuesta humanitaria, el ciclo del proceso del diagnóstico participativo y las agendas de cuidado, y una caja de herramientas con recursos prácticos para su realización. En el marco de la respuesta humanitaria, los diagnósticos participativos de cuidado con enfoque de género pueden realizarse en un lapso aproximado de entre cinco y diez semanas, dependiendo del contexto local, los recursos disponibles y el nivel de participación comunitaria. Esta temporalidad flexible permite adaptar la metodología a diferentes realidades, asegurando un proceso participativo, ético y transformador.

II. Cuidado y corresponsabilidad: conceptos básicos, principios e impacto

2.1 Conceptos básicos

Cuidar es una actividad humana fundamental para la vida y el bienestar, e implica cuidar del hogar, de las y los niñas, niños y adolescentes, y de las personas que lo necesiten; pero también cuidar de la comunidad y de grupos vulnerables (tareas de trabajo social comunitario). El cuidado puede definirse como el conjunto de actividades necesarias para satisfacer las necesidades físicas, emocionales y sociales de las personas a lo largo de su ciclo de vida. Estas tareas, que van desde la atención directa a personas dependientes hasta el trabajo doméstico y la gestión del hogar, son esenciales para la reproducción de la vida y el sostenimiento de las sociedades (Esquivel, 2011; Batthyány, 2015).

Las tareas de cuidado han sido consideradas como una responsabilidad “natural” de las mujeres, con lo cual, la carga de este trabajo, que, por demás, no es remunerado, ha recaído históricamente sobre las mujeres (Esquivel, 2013). Esta distribución desigual responde a una organización social basada en una división sexual del trabajo que ha asignado a las mujeres y niñas la responsabilidad casi exclusiva del cuidado, limitando su participación en el ámbito público, económico y político (Rico, 2011; Pautassi, 2017). Esta carga no solo afecta la autonomía de las mujeres, sino que reproduce y profundiza las desigualdades estructurales.

Ante esto, se ha propuesto **la corresponsabilidad del cuidado, que se refiere al principio según el cual la provisión y sostenimiento de los cuidados no debe recaer exclusivamente en las mujeres ni en las familias, sino que debe ser compartida entre distintos actores:** el Estado, el mercado, la comunidad, los hombres y las mujeres de manera equitativa (CEPAL, 2021).

Este principio propone una transformación estructural del modelo de cuidado actual, al promover:

- La corresponsabilidad familiar, en la que se redistribuyen equitativamente las tareas entre los miembros del hogar, incluyendo a hombres y niños. Esta corresponsabilidad significa que el cuidado de niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores sea realizado por madres, padres y todas las personas integrantes de los hogares. Implica el cambio de las normas, costumbres y estereotipos culturales que se viven en la sociedad en las que las mujeres son las principales o exclusivas responsables del cuidado familiar.
- La corresponsabilidad comunitaria, que activa redes de apoyo local, promueve el fortalecimiento de liderazgos comunitarios y reconoce el cuidado como una tarea colectiva. Implica realizar actividades recreativas, educativas, deportivas y sociales para las personas

vulnerables que habitan en la comunidad, entre ellas niñas, niños y adolescentes y personas de la tercera edad. Estas actividades son organizadas por las mujeres y se realizan en las comunidades. Así mismo, es necesario que en estas actividades participen en su organización y ejecución los hombres, jóvenes, líderes, organizaciones comunitarias, organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil.

- La corresponsabilidad social, que implica el compromiso del Estado en la provisión de servicios, infraestructura y políticas públicas que reconozcan y valoren el trabajo de cuidados, a través de sistemas integrales de cuidado con enfoque de género y derechos humanos. Incorpora no sólo la participación de habitantes de la comunidad, sino que es la que integra también la participación de las organizaciones comunitarias, de los organismos gubernamentales locales y nacionales, y de las organizaciones de la sociedad civil. Esta interrelación organizacional permite ampliar y otorgar sostenibilidad a la asistencia para la población vulnerable de las comunidades.

Estos tres niveles de corresponsabilidad son fundamentales para avanzar hacia sociedades más justas e igualitarias, donde el cuidado se reconozca como un bien público y un derecho, y no como una carga privada e individual (Esquivel, 2011; Rico, 2011).

Cuando se establece el vínculo entre la Corresponsabilidad Comunitaria y la Corresponsabilidad Social del Cuidado en la organización y ejecución de acciones de cuidado, se alcanzan tres incidencias que fortalecen a las comunidades. La primera es la Gobernanza mediante el trabajo conjunto con relaciones horizontales y planes de trabajo, donde cada grupo ejecuta en el área que tiene experiencia y recursos. Otra incidencia es el fortalecimiento de capital social en el desarrollo local. Y, por último, el efecto positivo de desarrollar la Sociedad del Cuidado, en la que todas las personas, las mujeres y los hombres, todas las organizaciones, locales y nacionales trabajen por el Cuidado de las personas más vulnerables, niñas y niños, adolescentes, personas de la tercera edad y personas con discapacidad.



La Corresponsabilidad Comunitaria del Cuidado fortalece las capacidades de las mujeres, su confianza y autoestima. Estas condiciones les ayudan a salir de la sensación de vulnerabilidad y dependencia, teniendo el respaldo de su red comunitaria que les refuerza para tomar decisiones autónomas que les permita salir de relaciones de subordinación y violencia. Las mujeres que trabajan por el cuidado comunitario establecen relaciones sociales y alianzas que juegan un papel fundamental en su empoderamiento a nivel personal y comunitario. La construcción de alianzas de apoyo y asistencia en la comunidad son determinantes para que las mujeres se atrevan a tomar decisiones que las beneficien, así como también permite que superen las situaciones y secuelas de la violencia basada en género y puedan transformar sus vidas.

2.2 Principios rectores

La presente guía se fundamenta en tres principios rectores clave que orientan su aplicación metodológica y política: el enfoque de género, el principio de protección y el enfoque interseccional. Estos principios permiten abordar el cuidado no solo como una práctica cotidiana, sino como una dimensión atravesada por relaciones de poder, desigualdad y derechos, especialmente en contextos de crisis.

• Enfoque de género:

El enfoque de género implica analizar y transformar las relaciones desiguales entre mujeres, hombres y personas con identidades sexo-genéricas diversas, en lo que respecta al acceso, asignación y reconocimiento del trabajo de cuidados. Este enfoque reconoce que:

- El cuidado ha sido históricamente naturalizado como una tarea femenina, no remunerada y poco valorada socialmente.
- La sobrecarga de cuidados constituye una barrera estructural para la autonomía económica, la participación social y el ejercicio pleno de derechos de las mujeres.
- Redistribuir el trabajo de cuidados de manera equitativa entre los géneros y entre los actores sociales es fundamental para avanzar hacia la igualdad sustantiva (CEPAL, 2021).

Aplicar el enfoque de género implica diseñar procesos participativos que cuestionen los estereotipos, promuevan el reconocimiento de las tareas invisibilizadas y faciliten la construcción de propuestas de transformación desde las voces y experiencias de las mujeres y comunidades. La propuesta presentada en esta guía constituye en sí misma, una aplicación del enfoque de género a los diagnósticos comunitarios participativos y a la respuesta humanitaria.

• Principio de protección:

El principio de protección establece que toda acción, diagnóstico o intervención debe orientarse a prevenir, reducir o mitigar los riesgos que enfrentan las personas, especialmente las más vulnerables, como consecuencia de contextos humanitarios, crisis prolongadas o emergencias. Desde esta perspectiva, la guía:

- Reconoce que la sobrecarga de cuidados sin apoyo institucional constituye un factor de vulnerabilidad que incrementa la exposición de las mujeres a violencias basadas en género, incluida la violencia económica, la violencia en el contexto de pareja y la sexual.
- Busca generar condiciones seguras y empáticas para la participación comunitaria en los procesos de diagnóstico, evitando revictimización o sobreexposición.
- Promueve el diseño de acciones colectivas orientadas a proteger el bienestar físico, emocional y social de las personas cuidadoras y receptoras de cuidado (AVESA, 2025; Sphere, 2018).

Este principio está alineado con los marcos internacionales de protección humanitaria y con los estándares de prevención de la violencia contra las mujeres en contextos de crisis.

• Enfoque interseccional:

El enfoque interseccional reconoce que las desigualdades no se experimentan de forma aislada, sino que se interconectan. Las condiciones de género, clase, edad, etnia, orientación sexual, discapacidad, migración u otras dimensiones sociales se combinan y producen experiencias particulares de exclusión o privilegio (Lagarde, 2015).

En relación con el cuidado, la interseccionalidad permite comprender que:

- No todas las mujeres experimentan el trabajo de cuidado de la misma forma. Por ejemplo, una mujer migrante, una madre adolescente o una cuidadora de una persona con discapacidad pueden enfrentar obstáculos muy diferentes.
- Las comunidades tienen distintas capacidades, recursos y límites frente al cuidado, que deben identificarse para evitar diagnósticos homogéneos o prescripciones universales.
- Las soluciones deben ser contextualizadas, participativas y sensibles a las realidades locales, respetando la diversidad cultural y las formas propias de organización comunitaria.

Integrar este enfoque en la guía implica abrir espacios de diálogo horizontal, visibilizar voces históricamente marginadas y construir diagnósticos que reflejen la complejidad de las realidades sociales.

2.3 Impacto de trabajar los cuidados en el marco de la respuesta humanitaria

Incluir el enfoque de cuidados en la respuesta humanitaria es una estrategia clave para transformar las condiciones estructurales que perpetúan la desigualdad y la violencia de género. Lejos de ser un tema secundario o “doméstico”, el cuidado constituye un eje organizador de la vida social y económica, y su desbalanceado reparto representa una de las barreras más persistentes para la equidad de género, la autonomía de las mujeres y la sostenibilidad de los procesos comunitarios en contextos de crisis.

Tal como lo ha evidenciado AVESA (2025), **cuidar también es prevenir la violencia**. En situaciones humanitarias, la intensificación de las tareas de cuidado —mayoritariamente asumidas por mujeres— incrementa el riesgo de sobrecarga física, emocional y económica. Esta sobrecarga puede generar o agravar dinámicas de violencia basada en género, al tiempo que limita la participación activa de las mujeres en espacios de recuperación y toma de decisiones. Por eso, atender los cuidados no puede seguir siendo un asunto privado ni periférico: es una acción urgente, estratégica y estructural.

1) Sin redistribución del cuidado no hay autonomía económica sostenible

El tiempo, la energía y los recursos que las mujeres dedican al trabajo de cuidados no remunerado impactan de manera directa su capacidad para generar medios de vida, acceder a oportunidades educativas, participar en espacios de liderazgo comunitario y ejercer sus derechos de manera plena. En contextos humanitarios, esta sobrecarga se agudiza y puede representar un riesgo de protección, al limitar la autonomía económica de las mujeres y exponerlas a situaciones de violencia basada en género. **La ausencia de corresponsabilidad en los niveles familiar,**

comunitario e institucional impone decisiones extremas: cuidar o sobrevivir. Por ello, cualquier programa humanitario enfocado en la reactivación económica o el fortalecimiento de medios de vida sostenibles debe integrar estrategias que reconozcan, reduzcan y redistribuyan el trabajo de cuidados. Esto incluye, por ejemplo, la provisión de servicios comunitarios de cuidado infantil como condición habilitante para que las mujeres puedan participar en actividades productivas de forma segura y sostenida. Incorporar este enfoque no solo mejora el impacto de las intervenciones, sino que fortalece la articulación entre los sectores de Medios de Vida y Protección, favoreciendo respuestas más integrales, equitativas y sensibles al género.

2) La inversión en cuidados multiplica impactos

Invertir en sistemas comunitarios de cuidado, el fortalecimiento de redes de apoyo mutuo y la habilitación de espacios seguros para personas cuidadoras no solo contribuye a reducir desigualdades estructurales, sino que también genera impactos positivos multisectoriales. En el ámbito humanitario, donde los recursos son limitados y la resiliencia de las comunidades es esencial, este tipo de inversión actúa como un multiplicador de efectos: mejora los indicadores de salud comunitaria, facilita el acceso a la educación, promueve la cohesión social y dinamiza la economía local (OIT, 2019; CEPAL, 2021).

Por ejemplo, en comunidades afectadas por emergencias prolongadas, la creación de espacios de cuidado comunitario para niñas y niños puede permitir que las mujeres cuidadoras accedan a servicios de salud materna o mental sin temor a dejar a sus hijos e hijas solas. Simultáneamente, estos espacios pueden ofrecer actividades lúdico-educativas que refuercen el desarrollo psicosocial infantil y apoyen la retención escolar. Así, **una intervención centrada en el cuidado no solo responde a una necesidad inmediata, sino que genera articulaciones concretas entre los sectores de Salud, Educación y Protección, promoviendo una recuperación más equitativa, sostenible y centrada en derechos.**

En el sector WASH, integrar el enfoque de cuidados implica identificar y reducir las cargas desproporcionadas que asumen las mujeres al recolectar agua o encargarse del saneamiento del hogar. La instalación de puntos de agua cercanos y seguros, así como baños comunitarios con enfoque de género, permite liberar tiempo y disminuir riesgos de protección, especialmente para niñas y mujeres. Estas acciones no solo mejoran las condiciones sanitarias, sino que también promueven una mayor participación de las mujeres en espacios comunitarios.

En cuanto a Seguridad Alimentaria, habilitar cocinas comunitarias gestionadas con principios de corresponsabilidad puede garantizar el acceso a alimentos nutritivos, aliviar la carga doméstica sobre las mujeres y fortalecer redes de apoyo mutuo. Estas cocinas también pueden ser espacios de capacitación en nutrición, autocuidado y organización comunitaria, articulando los sectores de Medios de Vida, Protección y Cuidado en una misma estrategia territorial.

3) Sin cuidados compartidos no hay igualdad posible

La igualdad de género no puede lograrse mientras persistan estructuras que cargan de forma exclusiva a las mujeres con la responsabilidad del cuidado. En contextos humanitarios,

esto no solo perpetúa desigualdades, sino que pone vidas en riesgo y profundiza el sufrimiento de quienes ya enfrentan condiciones de extrema vulnerabilidad. Promover la corresponsabilidad del cuidado –entre mujeres y hombres, familias, comunidades, actores humanitarios y el Estado– es una acción urgente que salva vidas: reduce la exposición de las mujeres a la violencia, disminuye el agotamiento físico y emocional extremo y restaura el acceso a servicios esenciales como salud, protección y medios de vida.

Implementar estrategias de cuidado compartido alivia la sobrecarga de tareas, facilita que más personas puedan buscar ayuda médica, proteger a sus hijos e hijas, acceder a información vital o participar en actividades comunitarias de recuperación. En otras palabras, el enfoque de cuidados no es un complemento, es una condición de posibilidad para una respuesta humanitaria efectiva, digna y transformadora. Su integración permite construir entornos más seguros, humanos y sostenibles, donde todas las personas puedan sostenerse y cuidarse mutuamente en condiciones de mayor equidad.

4) Cuidar también es prevenir la violencia y reconstruir la vida

Cuando se reconocen los cuidados como parte del tejido comunitario, se fortalecen las relaciones de apoyo, se rompen ciclos de aislamiento y se crean condiciones para identificar, atender y prevenir la violencia. Espacios colectivos de cuidado pueden funcionar como plataformas de contención emocional, redes de vigilancia comunitaria y nodos de empoderamiento para mujeres en riesgo. Desde esta perspectiva, el cuidado se convierte en una herramienta concreta de prevención de la violencia basada en género (AVESA, 2025). **Además de prevenir nuevas situaciones de violencia, estos espacios favorecen una recuperación más rápida, segura y sostenida de las sobrevivientes, al brindar acompañamiento psicosocial, acceso a redes de información y mejora en el conocimiento sobre rutas de protección y servicios disponibles.** Este doble impacto –preventivo y reparador– hace del enfoque de cuidados una estrategia esencial para reducir riesgos, restaurar derechos y reconstruir la vida en contextos de crisis.

5) El cuidado no es un asunto privado, es un bien común

Históricamente, los cuidados han sido relegados al ámbito doméstico, considerados como responsabilidad individual o familiar. Sin embargo, esta mirada invisibiliza su importancia para el funcionamiento de la sociedad y reproduce desigualdades. El cuidado debe entenderse como un derecho, un trabajo y un pilar de las políticas sociales, especialmente en emergencias. Reconocerlo como un asunto público implica que los Estados, las organizaciones humanitarias y la cooperación internacional deben asumir su parte en su provisión, regulación y valorización.

Incorporar el enfoque de cuidados con perspectiva de género en los programas humanitarios no es un lujo ni una demanda secundaria, es una inversión transformadora, con capacidad de impacto en múltiples dimensiones críticas –desde la prevención de violencias hasta la reactivación económica, la participación política y la cohesión social.

Apostar por el cuidado es apostar por la vida, por la justicia y por una recuperación verdaderamente equitativa y sostenible.

III. ¿Por qué y para qué un diagnóstico participativo de los cuidados?

3.1 Diagnóstico participativo de cuidado como herramienta transformadora

En nuestra sociedad persiste un modelo tradicional de familia que ha sido históricamente transmitido y reforzado por instituciones como la escuela, la religión, los medios de comunicación y las propias dinámicas familiares. Este modelo promueve dos ideales complementarios que inciden directamente en la vida de las mujeres: por un lado, el ideal de la “mujer perfecta” centrada en su rol de madre, abnegada y cuidadora; y por el otro, el de la “familia ideal”, donde las responsabilidades del hogar y del cuidado son asumidas de forma casi exclusiva por las mujeres. Este patrón, profundamente naturalizado, ha hecho que muchas mujeres interioricen estas funciones como su deber esencial y no como una elección o una labor que debería compartirse.

Esta situación tiene implicaciones estructurales. Cuando las mujeres, sobre todo aquellas en contextos de pobreza, se dedican exclusivamente al trabajo no remunerado de cuidado, quedan en una posición de dependencia económica, sin posibilidad de desarrollar autonomía personal ni ingresos propios. A su vez, cuando buscan acceso al empleo remunerado para alcanzar independencia económica, no dejan de asumir las labores de cuidado, lo que incrementa su carga total de trabajo y pone en riesgo su salud física, mental y emocional, afectando su bienestar integral.

A nivel social y cultural, también se mantiene la creencia de que el cuidado es una expresión natural del amor o una obligación moral, no un trabajo con valor económico y social. Así, se continúa pensando que “trabajar” solo se refiere al empleo remunerado fuera del hogar. Esta lógica se evidencia cuando en espacios comunitarios se pregunta a grupos de mujeres si trabajan, y muchas responden que no, ya que no perciben su labor cotidiana en el hogar como trabajo, sino como una extensión de su rol familiar. Esta percepción refuerza la invisibilidad y desvalorización de los cuidados y limita el reconocimiento de los derechos de quienes los ejercen.

En este contexto, los **Diagnósticos Participativos de Cuidado emergen como una herramienta metodológica con un alto potencial transformador**. Se trata de una estrategia de investigación-acción participativa que tiene el doble propósito de:

- Recabar información cualitativa y cuantitativa sobre cómo se organizan y distribuyen las tareas de cuidado en el ámbito familiar, comunitario y social.
- Generar procesos de reflexión colectiva, donde las mujeres reconozcan su carga de

trabajo, problematicen los roles de género tradicionales y propongan acciones hacia la corresponsabilidad y la redistribución de los cuidados.

Estos diagnósticos permiten, por tanto, hacer visible lo invisible: nombrar, valorar y cuantificar lo que hasta ahora ha sido asumido como un destino natural. Desde la experiencia de AVESA, esta herramienta ha permitido que muchas mujeres se reconozcan como trabajadoras del cuidado, comprendan el impacto que esta labor tiene sobre sus vidas, y comiencen a generar redes comunitarias de apoyo y cambio.

La elaboración de estos diagnósticos, además, fortalece a las organizaciones humanitarias y sociales, ya que les proporciona un panorama claro sobre las condiciones estructurales que limitan la autonomía de las mujeres y sobre cómo estas condiciones afectan el acceso a otros derechos. Comprender la dinámica de los cuidados permite mejorar el diseño e implementación de programas en sectores como protección, medios de vida, salud, agua, saneamiento e higiene, de forma más inclusiva, contextualizada y equitativa.

Asimismo, en el proceso participativo de diagnóstico, las mujeres se convierten en protagonistas del análisis de su realidad, generando un espacio de empoderamiento colectivo. A través del diálogo, la reflexión y la elaboración conjunta de propuestas, no solo se identifican problemas, sino que se construyen soluciones concretas, viables y adaptadas al contexto, muchas de ellas centradas en la redistribución de los cuidados entre mujeres, hombres, comunidad y Estado.

De esta forma, los diagnósticos participativos se transforman en espacios de resistencia, conciencia y acción colectiva, donde las mujeres no solo se reconocen como sujetas de derechos, sino que también construyen condiciones para ejercerlos. Cuidar no puede seguir siendo una carga invisible y solitaria: es una responsabilidad compartida y una puerta para la transformación social.

3.2 Cuidados, corresponsabilidad del cuidado, violencia basada en género y autonomía económica

En contextos de pobreza, el trabajo de cuidados constituye un eje estructurante de desigualdades de género, profundamente arraigado en normas socioculturales que definen a las mujeres como las principales responsables del bienestar de otras personas. Esta división sexual del trabajo ha sido ampliamente analizada por autoras feministas como Silvia Federici (2013) y Marcela Lagarde (1997), quienes destacan cómo la desvalorización histórica del cuidado, al no ser remunerado ni reconocido como trabajo, contribuye a la dependencia económica de las mujeres y limita su autonomía.

Desde una perspectiva interseccional, este fenómeno se agrava para mujeres que enfrentan múltiples formas de exclusión, como la pobreza, el racismo, la migración forzada o la discapacidad. En estos casos, el cuidado no solo recae desproporcionadamente sobre sus hombros, sino que se convierte en una barrera concreta para acceder a derechos fundamentales como la educación, la salud, el trabajo digno o una vida libre de violencia (CEPAL, 2021).

Los hallazgos de AVESA en comunidades venezolanas así lo evidencian: el trabajo de cuidados funciona como un factor de mediación que conecta —y muchas veces perpetúa— problemas familiares como la violencia basada en género (VBG) y las limitaciones para el acceso al empleo remunerado. Las mujeres que están sobrecargadas de cuidados suelen vivir en aislamiento, sin redes de apoyo que las contengan ni tiempo disponible para establecer relaciones de confianza, lo cual es esencial para poder salir de una situación de violencia o pobreza extrema.

Desde el enfoque de economía feminista (Carrasco, 2006; Pérez Orozco, 2014), se plantea que el trabajo de cuidado —tanto remunerado como no remunerado— es un pilar invisible pero imprescindible para la sostenibilidad de la vida y del sistema económico. Sin embargo, al recaer mayoritariamente sobre las mujeres y no estar integrado en los sistemas de protección social ni valorado como un bien público, este trabajo produce un alto costo en términos de tiempo, salud y oportunidades.

A través de la experiencia acumulada en la elaboración de Diagnósticos Participativos de Cuidado con enfoque de género y derechos humanos, AVESA ha demostrado que el cuidado puede ser también una puerta de entrada para procesos de empoderamiento personal y colectivo. Al introducir prácticas de corresponsabilidad en el hogar, muchas mujeres manifiestan sentirse más autónomas, con mayor capacidad de tomar decisiones sobre su salud física y emocional, y más preparadas para rechazar situaciones de violencia. Esta actitud de autonomía es una condición necesaria, aunque no suficiente, para prevenir y no aceptar relaciones de poder abusivas o desigualdades laborales.

Estos diagnósticos no solo permiten visibilizar la carga desigual de cuidados, sino que fomentan la reflexión colectiva sobre cómo redistribuir responsabilidades en los espacios familiares, comunitarios e institucionales. En este proceso, las mujeres amplían sus redes de apoyo, acceden a nuevas oportunidades formativas, fortalecen su liderazgo y descubren caminos para vincularse con proyectos productivos o servicios comunitarios.

El análisis desde la protección social con enfoque de género subraya que sin una redistribución justa de las tareas de cuidado no puede haber autonomía económica sostenible para las mujeres. Las mujeres que realizan una doble o triple jornada —cuidado doméstico, cuidado comunitario y trabajo remunerado— no cuentan con tiempo suficiente para el autocuidado ni para construir relaciones que les permitan salir de ciclos de pobreza o violencia.

Por lo tanto, invertir en el reconocimiento, la reducción y la redistribución del cuidado no solo mejora la calidad de vida de las mujeres y sus familias, sino que también fortalece los sistemas de protección comunitaria, previene violencias estructurales y amplía el acceso a derechos sociales, económicos y políticos. Como bien sostiene la CEPAL (2021), la inversión en cuidados multiplica impactos positivos en múltiples niveles: en la salud, en la educación, en la economía local, en la cohesión comunitaria y en la prevención de violencias.

En contextos humanitarios, trabajar el tema de cuidados con enfoque de género e interseccionalidad permite detectar vulnerabilidades estructurales y diseñar respuestas más justas y eficaces que integren la voz de las mujeres, sus necesidades y sus propuestas de transformación.

3.3 Autonomías, corresponsabilidad y transformación social: una visión desde los diagnósticos participativos de cuidado

Los Diagnósticos Participativos del Cuidado no se limitan a la recolección de datos sobre la dinámica familiar, social y comunitaria; constituyen, ante todo, un dispositivo pedagógico que impulsa procesos de reflexión crítica, organización colectiva y fortalecimiento de las autonomías de las mujeres. Desde este enfoque, se promueven tres esferas interrelacionadas de autonomía que son fundamentales para avanzar hacia una vida libre de violencias, con dignidad y justicia:

- **Autonomía personal:** implica el reconocimiento subjetivo de que las mujeres no están obligadas a asumir en soledad e indefinidamente las tareas de cuidado. A través de este proceso, se fomenta la corresponsabilidad en el ámbito familiar, propiciando la redistribución de roles y una mayor libertad para decidir sobre el propio tiempo, cuerpo y proyecto de vida.
- **Autonomía física:** se orienta a fortalecer las capacidades de las mujeres para prevenir, identificar y actuar frente a situaciones de violencia basada en género. Esto incluye el conocimiento de sus derechos, de las rutas de atención disponibles y de los recursos institucionales y comunitarios a los que pueden acudir.
- **Autonomía económica:** promueve el acceso a procesos de formación, capacitación técnica y actividades productivas que permitan generar ingresos propios, ya sea a través del empleo formal, el trabajo por cuenta propia o el desarrollo de emprendimientos solidarios o comunitarios.

Incorporar de manera intencionada estas tres dimensiones en los proyectos sociales vinculados al cuidado —desde un enfoque de derechos, género e interseccionalidad— no solo enriquece los procesos comunitarios, sino que potencia la transformación estructural de las condiciones que sostienen la desigualdad. Estas autonomías no operan de manera aislada: se entrelazan, se refuerzan mutuamente y permiten que las mujeres fortalezcan su autoestima, su confianza y su capacidad para tomar decisiones en distintos ámbitos de su vida, disminuyendo progresivamente su situación de dependencia y vulnerabilidad.

A nivel comunitario, fomentar la corresponsabilidad del cuidado constituye una dimensión estratégica que amplía el horizonte de acción más allá del ámbito doméstico. Implica asumir colectivamente el cuidado de aquellas personas que, por su edad o condición, requieren apoyos específicos: niñas, niños y adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad, entre otros grupos en situación de especial vulnerabilidad.

Este ejercicio de corresponsabilidad comunitaria del cuidado puede entenderse como una expresión concreta y a pequeña escala de lo que debe ser una corresponsabilidad social del cuidado: un modelo compartido entre las familias, las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil, el Estado y el sector privado.

IV. Ciclo del diagnóstico participativo de cuidados en la respuesta humanitaria

Los diagnósticos participativos comunitarios son herramientas fundamentales en la respuesta humanitaria, ya que permiten comprender las necesidades, capacidades y prioridades de las comunidades afectadas desde su propia perspectiva. Este enfoque promueve la participación activa de la comunidad en la identificación y análisis de sus problemas, lo que facilita la planificación de acciones más efectivas y sostenibles (OPS, 2010).

El objetivo de estos diagnósticos es “identificar de forma colaborativa los riesgos de protección que enfrentan los distintos grupos en una comunidad, entender las causas subyacentes, las capacidades existentes en la comunidad para mitigar esos riesgos y las soluciones propuestas por las comunidades, con el fin de informar la toma de decisiones” (ACNUR, 2024, p. 5) vinculadas al diseño y la aplicación de programas y actividades.

Desde AVESA, en consonancia con lo propuesto por Oxfam y otras organizaciones humanitarias (Kidder y Pionetti, 2013), proponemos incorporar el enfoque de los cuidados como parte integral de los diagnósticos participativos comunitarios en el contexto de la respuesta humanitaria con el fin de mejorar el diseño y resultados de los programas. Esta propuesta se basa en reconocer que las prácticas de cuidado son tareas esenciales para la vida cotidiana y la sostenibilidad comunitaria, pero suelen estar invisibilizadas en los análisis tradicionales.

Desde esta perspectiva, **AVESA propone que todo diagnóstico participativo comunitario contemple un componente específico sobre los cuidados, como dimensión transversal a la respuesta humanitaria, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad como el venezolano.** Este aporte metodológico contribuye a una respuesta más integral, ética y sostenible, en sintonía con los principios de equidad de género y justicia social.

Los diagnósticos participativos de cuidados pueden ser implementados desde cualquier sector de la respuesta humanitaria, ya que el cuidado atraviesa de forma transversal todos los ámbitos de la vida comunitaria y de la acción humanitaria. Desde el sector salud, educación, protección, agua y saneamiento (WASH), hasta seguridad alimentaria o medios de vida, es posible incorporar preguntas, análisis y acciones vinculadas a las prácticas de cuidado, la distribución de responsabilidades, la identificación de personas cuidadoras y sus necesidades específicas.

Con todo ello, el objetivo de un diagnóstico participativo de cuidado es identificar, visibilizar y analizar colectivamente las necesidades, capacidades y dinámicas de cuidado en contextos

comunitarios desde un enfoque participativo y de género. **Esta herramienta permite generar información clave para diseñar propuestas transformadoras que promuevan la autonomía de las mujeres, fortalezcan las redes de cuidado y articulen respuestas sostenibles y corresponsables. Al mismo tiempo, contribuye a los objetivos inmediatos de la respuesta humanitaria: salvar vidas y aliviar el sufrimiento, al reducir los riesgos vinculados a la sobrecarga de cuidados, mejorar el acceso a servicios esenciales, prevenir la violencia basada en género y garantizar condiciones más dignas y seguras para quienes cuidan y son cuidadas.** Así, el cuidado deja de ser un ámbito invisible para convertirse en un componente estratégico de la protección y la recuperación en emergencias.

El diagnóstico participativo de cuidado contempla el siguiente ciclo:



A continuación, presentamos cada una de las fases de este ciclo.

4.1 Preparación: conformación del equipo, alianzas y planificación

Para iniciar un Diagnóstico de Cuidado es necesario definir con claridad qué recursos humanos, financieros, metodológicos y temporales se requieren; ante lo cual se presentan los siguientes recursos clave:

- **Recurso humano:** Como equipo técnico mínimo se requiere una persona que coordine el proceso de diagnóstico, un grupo de facilitadores/as de los grupos focales, una persona encargada de la relatoría y sistematización de la información, un equipo administrativo y logístico y, si se desea, una persona o equipo encargado de la difusión o comunicación de los resultados. El número total de personas es variable, según la cantidad de comunidades/grupos a abordar o su complejidad; así como de los recursos financieros y objetivos del diagnóstico. Se prioriza que las facilitadoras y relatoras sean mujeres.
- **Recursos financieros:** Lo financiero debe pensarse en función de los honorarios profesionales del equipo técnico para el trabajo de campo, sistematización de resultados, redacción del informe final y difusión de mensajes clave; así como la logística del trabajo de campo (alimentación del equipo, transporte, refrigerios para las participantes, alquiler de espacios, y materiales de trabajo como papelógrafos, marcadores, hojas blancas, entre otros).
- **Recursos metodológicos:** los Diagnósticos de Cuidado emplean como técnica clave de recolección de conocimiento situado y participativo a los Grupos Focales, dentro de los cuales se promueve la conversación guiada y el empleo de otras técnicas como el mapa participativo de cuidados para identificar servicios locales; los diarios de cuidado o líneas de uso del tiempo invertido en tareas remuneradas y no remuneradas, para que las participantes registren sus actividades diarias; entre otras estrategias participativas. Para ello es necesario que en la fase inicial se realice el diseño metodológico, se elaboren las guías de facilitación, de preguntas y de sistematización de la información, así como los protocolos éticos a emplear en las sesiones (consentimientos informados, buzones de retroalimentación, entre otros). También es fundamental que en la fase inicial se realicen contactos comunitarios, alianzas con organizaciones locales, se diseñe el cronograma de trabajo y se hagan las convocatorias. Al final, se suele usar la técnica de análisis de contenido cualitativo para sistematizar la información recabada. También, se hacen sesiones de cierre donde se recaban y procesan aprendizajes y se validan los resultados con la comunidad.
- **Recursos conceptuales:** es fundamental que el equipo de coordinación del diagnóstico, las facilitadoras y encargadas de recolectar, procesar y analizar la información recabada, se hayan preparado conceptualmente para la comprensión de la temática de los cuidados y del enfoque feminista y transformador de género, ya que esto facilita la conversación generadora de cambios en las mujeres y ayuda a indagar la información que se requiere sobre las cargas de cuidado que enfrentan las mujeres en el camino hacia la corresponsabilidad del cuidado.

En cuanto a los tiempos de ejecución de los Diagnósticos de Cuidado se puede decir que no hay un acuerdo claro de cuánto tiempo debe invertirse; en todo caso, los tiempos dependen del contexto comunitario o local, los recursos financieros y humanos, así como la variable participación comunitaria de las mujeres. Algunos Diagnósticos de Cuidado pueden abarcar entre 2 y 4 meses, sin embargo, proponemos acá una visión rápida de los Diagnósticos de Cuidado, cuyos tiempos pueden distribuirse de la siguiente manera:

Fase	Sesiones	Duración
1. Preparación previa: formación conceptual, diseño metodológico, convocatorias y alianzas	A convenir	1 a 2 semanas
2. Recolección de la información: grupos focales participativos	Entre 1 y 2	1 a 2 semanas
3. Sistematización y análisis de resultados	-	1 a 2 semanas
4. Diseño de propuestas: Agenda Local de Corresponsabilidad del Cuidado	Entre 1 y 2	1 a 2 semanas
5. Seguimiento, cierre y aprendizajes	2	1 a 2 semanas
Total	Entre 4 y 6 sesiones	Entre 5 y 10 semanas (1 y 2 meses)

4.2 Recolección de Información y aplicación de herramientas participativas

El proceso de recolección de la información en los Diagnósticos de Cuidado consiste en aplicar herramientas metodológicas participativas en talleres brindados a grupos focalizados de mujeres en comunidades vulnerables. En estos talleres se debe realizar tres ejercicios:

- 1) **Diario de tiempo:** comprende la medición de las horas que dedican las mujeres a las tareas de cuidado familiar durante el día.
- 2) **El valor del cuidado:** aquí debe calcularse colectivamente el valor económico (salario) de las tareas de cuidado familiar que realizan en el lapso de un mes.
- 3) **Mapa de servicios:** utilizando la cartografía social, se puede hacer un mapa que registre a los servicios de cuidado disponibles en la comunidad, su uso y acceso, así como las necesidades de cuidado no cubiertas por estos servicios.

Estos ejercicios se realizan a través de Grupos Focales de mujeres de comunidades vulnerables. Los Grupos Focales son una técnica cualitativa empleada para recabar información en un grupo de personas que posean experiencias y características comunes en relación con el tema de estudio. Combinar esta técnica con la metodología de Investigación Acción Participativa permite convertir a los Grupos Focales en talleres participativos en donde no sólo se recaba información sino también se promueve el cambio social, colectivo e individual.

En los Grupos Focales realizados en los Diagnósticos de Cuidado se invita a grupos pequeños de mujeres de comunidades vulnerables (de 8 a 10 mujeres), las cuales pueden ser lideresas, jóvenes, adolescentes, adultas mayores y/o que desempeñen distintos roles en la comunidad, según las características de la comunidad. Estos Grupos Focales pueden tener entre 1 a 2 sesiones, dependiendo de cada dinámica comunitaria, realizándose en ese periodo de tiempo los ejercicios descritos a continuación. AVESA, en su experiencia de trabajo con mujeres de la comunidad en 2023 y 2024, pudo realizar estos ejercicios en una sola sesión de trabajo que abarcó 2 horas y media.

4.3 Diseño colectivo de propuestas transformadoras

Toda vez que se ha realizado la fase de recolección de información de los Diagnósticos de Cuidados, se abre camino a la acción participativa para la construcción de una **Agenda Local de Corresponsabilidad del Cuidado**. Este proceso puede activarse no solo desde un diagnóstico de cuidados, sino también **a partir de la identificación de necesidades en diversos sectores humanitarios**, como **protección** o, por ejemplo, en la **formulación de un plan de gestión del agua**, integrando así la corresponsabilidad del cuidado como enfoque transversal que fortalece la respuesta comunitaria.

El desarrollo de esta agenda depende de la práctica de tres ejercicios en Grupos Focales sucesivos a la fase de recolección de la información con las mujeres de la comunidad:

1. **Plan de Actividades de Corresponsabilidad Comunitaria del Cuidado:** implicar recoger junto a las mujeres un conjunto de propuestas a ser incluidas en un Plan de Actividades que represente las necesidades de cuidado de la comunidad y las familias (recreativas, deportivas, educativas, de autocuidado, etc.), y que involucre la corresponsabilidad de todas las personas en el cuidado.
2. **Devolución de resultados:** consiste en socializar los hallazgos recolectados en los primeros ejercicios del Diagnóstico de Cuidados y el Plan de Actividades de Corresponsabilidad Comunitaria del Cuidado con otras mujeres y personas de la comunidad, líderes y lideresas comunitarias, redes y organizaciones sociales, autoridades locales, grupos LGBTI, entre otros actores de la comunidad.
3. **Armar la Agenda:** una Agenda de Corresponsabilidad de Cuidados incluye una serie de planes de trabajo conjunto con las personas de la comunidad, organizaciones y autoridades, para promover la Corresponsabilidad Familiar, Comunitaria y Social del Cuidado en la localidad. Estos planes se elaboran con las mujeres, se presentan en Asamblea Comunitaria y se inicia su ejecución. La Agenda puede incluir actividades educativas e informativas, de autocuidado, actividades de seguridad alimentaria y medios de vida, prevención de la violencia basada en género y los derechos, así como de campañas locales para potenciar la redistribución de las tareas de cuidado en lo familiar y comunitario, la autonomía de las mujeres y su participación ciudadana.

En resumen, estas actividades deben procurar la transformación de la realidad de los cuidados, esto es, el cambio en la carga que enfrentan las mujeres a nivel del cuidado familiar, social y comunitario. Para ello, las actividades transformadoras deben centrarse en producir los siguientes cambios:

- 1) **Generar Medios de vida:** La pobreza femenina en contextos humanitarios se hace más aguda, aumentando el trabajo no remunerado de cuidado familiar. Se requieren actividades generadoras de ingreso y de medios de vida que comprendan la realidad del cuidado en las mujeres, y que promuevan la corresponsabilidad de cuidado como vía para que las mujeres puedan desarrollar más fácilmente actividades generadoras de ingreso y se encaminen hacia la independencia económica.
- 2) **Actuar ante la Violencia basada en género:** Este tipo de violencia se hace más aguda en contextos humanitarios, y las mujeres que enfrentan sobrecargas de cuidado se hallan

aisladas, dificultándoles tener información y redes de apoyo para salir de la violencia. Se requieren actividades y servicios de respuesta, prevención y mitigación de la VbG que comprendan la necesidad de promover la corresponsabilidad del cuidado y combatir el aislamiento.

- 3) **Promover el Autocuidado:** Las mujeres necesitan espacios personales y comunitarios autónomos, estables y seguros, donde puedan encontrarse y cubrir sus necesidades recreativas, educativas y de socialización. Estos espacios pueden impulsar la transformación de las mujeres, las familias y las comunidades a favor de la igualdad de hombres, mujeres, niñas, niños y adolescentes.
- 4) **Involucrar a los hombres, los niños y adolescentes, y a toda la comunidad:** La Agenda debe incorporar a los hombres, niños y adolescentes varones. Es necesario que se sensibilicen ante la situación del cuidado y se desprendan de los roles tradicionales que aprendieron, problematizando la idea de que el cuidado es una responsabilidad de las mujeres e incorporando una visión de nuevas masculinidades.
- 5) **Fortalecer redes de apoyo:** Las mujeres suelen hacer trabajo social para cubrir necesidades comunitarias, teniendo un liderazgo protagónico, resiliente y responsable. Suelen liderar acciones, grupos y redes, impulsando cambios y transformaciones, que pueden contribuir hacia la igualdad de género. Es necesario valorar, fortalecer y difundir estas acciones y redes que representan una referencia para políticas locales y para la inclusión ciudadana de las mujeres.

4.4 Seguimiento y evaluación

Toda vez que hemos recolectado información a través de herramientas cuantitativas o cualitativas para conocer la situación de la corresponsabilidad familiar, comunitaria y social en los cuidados en grupos de mujeres, es necesario procesar esta información para obtener datos clave y reconstruir la realidad analíticamente. En este sentido, el Diagnóstico de Cuidados no sólo propone crear grupos estables de apoyo o debate entre mujeres para promover acciones transformadoras en pro de su autonomía, sino también, se interesa recabar datos que nos permitan conocer la condición de subordinación de las mujeres en el contexto de la distribución de las cargas en tareas de cuidado, hacerla evidente y emplear estos datos para crear propuestas de cambio social.

De hecho, antes de emprender un Diagnóstico de Cuidado se debe tener claro el conjunto de indicadores que se medirán, y esto va a determinar, de por sí, la información a recolectar y la orientación metodológica de la guía de preguntas y actividades a desarrollar; tal como nos plantea Esquivel (2013):



Las mediciones deben estar orientadas por una conceptualización clara de lo que se va a medir, cómo y por qué. Los conceptos, las categorías y las definiciones claras son un prerrequisito (no un resultado) de la medición. La medición sustenta las decisiones y las agendas, por lo que tiene que ser de buena calidad para que sea fiable (p.15)



Entonces, tomando que los Diagnósticos de Cuidado son una metodología que busca recopilar datos de la realidad social de las mujeres, es posible presentar algunos indicadores clave que podemos medir y recabar durante el proceso de aplicación de la metodología, y sobre los cuales podemos delinear el análisis de la información. Estos indicadores deben ser operativos, es decir, medibles en lo concreto, así como relevantes para la información que se quiere recoger, comparables en el tiempo y plausibles. Con lo cual, siempre es posible crear diversos indicadores que cumplan con estas características y se relacionen con la información hallada en la realidad, sin embargo, como programa mínimo para medir el cuidado familiar, social y comunitario, se proponen los siguientes:

Categoría	Indicador	Descripción
Cuidado familiar	Nº de horas diarias invertidas en trabajos de cuidado	Contabiliza la cantidad de horas diarias que invierte la persona participante del grupo de discusión en diversas tareas de cuidado familiar (comprar los alimentos, cocinar, servir la comida, lavar y recoger los platos, lavar y tender la ropa, limpiar y ordenar el hogar, planchar, recoger y almacenar agua, cuidar el jardín, cuidar y atender a niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad o personas con enfermedades crónicas, cuidar y atender a mascotas o animales de estimación, etc.)
	% de participación en trabajos de cuidado según tarea y tipo de participante	Este indicador responde a las preguntas ¿quién cuida en la familia? ¿qué tipo de tareas hace? y ¿quién no cuida en la familia? Mide el porcentaje de participación en tareas de cuidado de las y los integrantes de la dinámica familiar
	Nivel de agotamiento físico por demanda de cuidados	Refiere a la percepción sobre el nivel de agotamiento físico sentido a partir de la inversión de tiempo dedicado a trabajos de cuidado familiar.
	Nivel de sobrecarga emocional por demanda de cuidados	Mide la percepción sobre el nivel de sobrecarga emocional sentida a partir de la inversión de tiempo dedicado a trabajos de cuidado familiar.
	Nivel de interferencia del cuidado familiar en el trabajo remunerado	Refleja la percepción sobre el nivel de interferencia que existe entre la inversión de tiempo en el trabajo de cuidado familiar y la posibilidad de invertir tiempo en labores de trabajo remunerado.
	Nivel de seguridad para la redistribución de las cargas de cuidado familiar	Comprende la sensación de seguridad para introducir cambios en la distribución de las cargas de cuidado en la dinámica familiar, entre hombres y mujeres.
	Nivel de libertad para la redistribución de las cargas de cuidado familiar	Mide la percepción de libertad y autonomía para introducir cambios en la distribución de las cargas de cuidado en la dinámica familiar, entre hombres y mujeres.

Cuidado social	Nº de servicios de cuidado, apoyo o protección que funcionen en la localidad	Contabiliza los servicios disponibles en la comunidad para apoyar los trabajos de cuidado y proteger a las mujeres (guarderías, geriátricos, servicios de salud mental, servicios de gestión de casos o trabajo social, etc.), identificando el tipo de servicio prestado.
	Nivel de accesibilidad de servicios de cuidado, apoyo o protección, por tipo	Una vez definida la cantidad de servicios de cuidado, apoyo o protección disponibles y el tipo de servicio prestado, se puede medir qué tan accesible es el servicio para la comunidad (accesibilidad económica y física -transporte, cercanía).
	Caracterización sobre las expectativas de género en torno al cuidado	Registra las percepciones en torno a lo que se espera de las mujeres y de los hombres en cuanto al cuidado familiar y comunitario.
	Caracterización sobre la remuneración de los trabajos de cuidado	Registra las percepciones en torno a la inexistencia de remuneración de los trabajos de cuidado familiar y comunitario.
Cuidado comunitario	Nº de horas diarias invertidas en trabajos de cuidado comunitario	Contabiliza la cantidad de horas diarias que invierte la persona participante del grupo de discusión en diversas tareas de cuidado comunitario (participación en mesas de agua, salud, alimentación, educación, saneamiento y otros, consejos comunitarios, juntas de vecinos o condominios, voluntariados religiosos, etc.)
	% de participación en trabajos de cuidado según género	Este indicador responde a las preguntas ¿quién cuida en la comunidad? ¿qué tipo de tareas hacen las mujeres y cuáles los hombres, en la comunidad? y ¿quién no cuida en la comunidad? Mide el porcentaje de participación en tareas de cuidado comunitario según el género.
	Nivel de participación de las mujeres en la toma de decisiones comunitarias	Mide la percepción sobre el nivel de influencia de las mujeres que participan en el trabajo de cuidado comunitario para la toma de decisiones sobre el bienestar colectivo, la inversión social, el vínculo con autoridades, entre otras decisiones relevantes.
	Existencia de políticas o programas comunitarios para el cuidado	Refiere a la existencia de políticas locales o programas de la comunidad para apoyar demandas de cuidado familiar, comunitario o social en la localidad
Autocuidado	Nº de horas diarias invertidas en actividades de autocuidado	Contabiliza la cantidad de horas diarias que invierte la persona participante del grupo de discusión en actividades de autocuidado (recreación, relajación, deportes y gimnasia, cuidado personal, descanso, grupos de mujeres)
	Tipo de actividades de autocuidado realizadas	Evalúa cualitativamente las actividades de autocuidado realizadas, en función del espacio personal creado: ¿con quién se comparte estas actividades? ¿en soledad, con hijos/as, con otras mujeres, en pareja? ¿se atiende y cuida a otras personas aún en estas actividades? ¿qué tipo de actividades se realizan? ¿hay grupos de mujeres que hacen actividades de autocuidado comunitarias?
	Nivel de seguridad para realizar actividades de autocuidado	Mide la sensación de seguridad personal en la dinámica familiar y comunitaria para realizar actividades de autocuidado personal y comunitario.
	Nivel de libertad y autonomía para actividades de autocuidado	Mide la percepción de libertad y autonomía para realizar actividades de autocuidado personal y comunitario.

Sumado a estos indicadores, también puede recabarse en los Diagnósticos de Cuidado, información sobre la población local con la que se está trabajando, principalmente relacionada con las actividades remuneradas y no remuneradas realizadas y las características demográficas de la comunidad. Ante esto, Esquivel (2013) nos reseña:



Alguna información de contexto puede ser necesaria para que los datos sobre uso del tiempo puedan ser analizados. Por ejemplo, la estructura del hogar (relaciones de parentesco y número y edades de las y los niños); la distancia a recorrer hasta las fuentes de agua, las escuelas, los hospitales, o los comercios; la existencia de transporte; los horarios semanales de trabajo remunerado; o la asistencia a la escuela y el jardín infantil de las niñas y niños en un hogar constituyen información necesaria si se quieren identificar los patrones diferenciales de uso del tiempo. (p. 18).



Ahora bien, sobre la base de los indicadores clave identificados para los Diagnósticos de Cuidado, se pueden realizar evaluaciones a tiempo determinado (corto, mediano o largo plazo) que midan cambios en la corresponsabilidad del cuidado familiar, social, comunitario y el autocuidado, toda vez se haya creado y desarrollado la Agenda de Corresponsabilidad de Cuidados en grupos de mujeres en los cuales se haya iniciado el Diagnóstico de Cuidado. También, pueden compararse estos indicadores con grupos de control que no hayan participado en diagnósticos y/o agendas de cuidado. Ante ello, se propone hacer seguimiento en esta evaluación a los siguientes aspectos clave, como resultado del desarrollo de la Agenda Local de Corresponsabilidad del Cuidado:

1. **Redistribución de las tareas del cuidado familiar:** refiere a la posibilidad de identificar cambios en la redistribución de las tareas del cuidado familiar en el hogar, incorporando a los hombres bajo una idea de corresponsabilidad.
2. **Actividades generadoras de ingresos:** es bueno indagar sobre la oportunidad que experimentan las mujeres al incorporarse a actividades generadoras de ingreso, toda vez que han introducido cambios en la distribución de las tareas del cuidado familiar. Esto permite conocer el desarrollo de su independencia económica y autonomía.
3. **Violencia basada en género:** en este punto se hace seguimiento a posibles casos de violencia entre las mujeres y la respuesta de los hombres a la redistribución de las tareas del cuidado familiar. También se mide el acceso a la información sobre violencia, el reconocimiento de la situación y las redes de apoyo que manejen las mujeres.
4. **Cambios culturales:** aquí se mide la potencia o impacto del enfoque transformador de género, al valorar los cambios en la concepción sobre los roles tradicionales de hombres y mujeres, así como la integración de la corresponsabilidad del cuidado en masculinidades positivas.

Por último, es importante transversalizar en esta evaluación de seguimiento la noción de sostenibilidad en los niveles del cuidado familiar, social y comunitario, en tanto, deben valorarse las estrategias de las mujeres y grupos de mujeres de la comunidad para mantener en el tiempo los cambios promovidos en los niveles del cuidado, luego de la retirada de la intervención.

La generación de conocimiento y datos es fundamental para el diseño y seguimiento efectivo de las políticas de cuidado. Contar con información precisa y actualizada permite a las responsables de la toma de decisiones identificar necesidades, priorizar acciones y evaluar el impacto de las intervenciones.

Falú y Pérez Castaño, ONUMUJERES, 2024, p. 51

4.5 Incidencia y réplica: una fase opcional pero estratégica

La sistematización de resultados y aprendizajes de los Diagnósticos de Cuidado, así como la medición y seguimiento de los cambios generados a partir de la promoción de la corresponsabilidad familiar, social y comunitaria, es un recurso clave para ejercer incidencia que contribuya a:

- Evidenciar la utilidad de los Diagnósticos de Cuidado para el trabajo comunitario, la transformación de los roles tradicionales de género, la autonomía económica de las mujeres y el abordaje integral de la violencia basada en género.
- Incluir en programas humanitarios y de desarrollo el uso de la herramienta de Diagnósticos de Cuidado dentro de actividades relacionadas con el abordaje comunitario, en sectores como protección, agua, saneamiento e higiene, salud, nutrición y seguridad alimentaria y medios de vida, entre otros.
- Mostrar la necesidad de que la sociedad y el Estado reconozcan al cuidado como un derecho, generándose políticas que contemplen la disponibilidad de servicios de cuidado, la remuneración económica del trabajo de cuidado y el fortalecimiento de las capacidades comunitarias y de la sociedad civil para responder a las demandas de cuidado locales.

Esta fase de **incidencia y réplica es opcional**, y está orientada a posicionar los cuidados como un eje clave para el desarrollo comunitario y la equidad de género. Es necesario comprender que los cuidados son tareas familiares o comunitarias sin las cuales no es posible vivir, y que, históricamente, quienes cuidan (sin remuneración) han sido las mujeres; generándose una carga desigual de este trabajo entre los géneros. En ese caso, diagnosticar los cuidados en el seno de una comunidad o grupo permite identificar esta desigualdad y promover la redistribución de las tareas en el ámbito familiar, social y comunitario, introduciendo también el autocuidado.

Si no se comprenden estas dinámicas y se evidencian en datos que ayuden a las políticas y programas, las mujeres tendrán obstáculos para la apropiación de los recursos humanitarios de diversos sectores como los servicios de protección, salud, agua, saneamiento e higiene, seguridad alimentaria y medios de vida, entre otros; para la autonomía económica y para salir de la violencia basada en género. Y esto es así porque las mujeres, al enfrentar sobrecargas de cuidado, no tienen tiempo suficiente para dedicarse a actividades económicas remuneradas y autónomas, lo que agrava la pobreza y la dependencia económica de las mujeres y los riesgos que enfrentan en la familia y la comunidad. Tampoco tienen autonomía suficiente para participar y decidir en la distribución de los recursos del hogar y la comunidad, trabajando por el cuidado operativo en áreas como el saneamiento y la gestión del agua, pero sin tomar decisiones clave. Las sobrecargas de cuidado las mantienen aisladas, en uniones afectivas violentas y forzadas, sin redes de apoyo

y desinformadas. Por ende, es fundamental incidir para que los Diagnósticos de Cuidado sean una herramienta empleada dentro de cualquier programa humanitario y de desarrollo, y en cualquier sector, como base para reducir las brechas de género, cambiar roles tradicionales y reducir la pobreza.

Con todo ello, como ideas mínimas para construir un Plan de Incidencia que contemple el posicionamiento y difusión de los Diagnósticos de Cuidado y sus resultados como herramienta transformadora, es importante tener clara la población objetivo, el cambio que se quiere lograr (teoría) y la estrategia. La incidencia puede orientarse hacia tomadores de decisión (donantes, gobernantes, líderes de programas), a las comunidades, medios de comunicación y la sociedad civil (personas y organizaciones). También resulta imperativo realizar un mapa de actores clave sobre los cuales se haga la incidencia entre la población objetivo, identificando quiénes están a favor, en contra del cambio o quiénes son neutrales. Incluso, hay que identificar obstáculos y amenazas, definiendo las formas de mitigación, como camino para diseñar una estrategia concreta.

Toda vez que se tenga un resumen de los resultados de los Diagnósticos de Cuidado y su seguimiento, donde se evidencien los cambios alcanzados y las buenas prácticas, hay que seleccionar mensajes clave que muestren el para qué del uso de la herramienta en el espacio o población objetivo, con datos precisos y recomendaciones concretas. Estos mensajes pueden presentarse o difundirse de diversas formas, según la población objetivo.

Por último, para que el Plan de Incidencia logre posicionar a los Diagnósticos de Cuidado es fundamental trazar indicadores de resultados y plantearse metas concretas; para luego evaluar el impacto alcanzado, que pasa por chequear el mapa de actores y observar sus movimientos en cuanto a la opinión sobre el cambio. También es menester recabar aprendizajes y repensar la matriz de riesgos, en función a futuras acciones de incidencia replicables.

...el cuidado se presenta como una herramienta política transformadora que trasciende la mirada sectorial y fragmentada en la política social, permite la articulación de la agenda feminista con otras agendas progresistas y repolitiza el bienestar. Y que, por lo tanto, vale la pena utilizar.

Esquivel, 2015, p. 6

4.6 Buenas prácticas y aprendizajes

Al cierre de todo el proceso de Diagnóstico de Cuidado y construcción de Agendas locales de corresponsabilidad de cuidado, es necesario dedicar espacios para recabar lecciones aprendidas junto a los grupos y comunidades participantes y a lo interno de las organizaciones que promuevan la herramienta. Con los grupos participantes es necesario reflexionar en colectivo sobre la experiencia vivida en el diagnóstico, trazando el camino hacia los logros alcanzados y comprendiendo qué salió bien y cuáles obstáculos se enfrentaron, individual y colectivamente, qué cosas no se comprendieron, qué se alcanzó con facilidad, y finalmente, qué lecciones quedan para el futuro. Estas mismas orientaciones pueden servir de guía para trabajar con los equipos de

facilitación del diagnóstico y otro personal implicado. La idea de este espacio de recolección de las lecciones aprendidas es recibir retroalimentación sobre la herramienta y recabar aprendizajes para enriquecer su aplicación futura.

Ahora bien, desde la experiencia de **AVESA** en Diagnósticos de Cuidado realizados en 2023 y 2024, las buenas prácticas del uso de esta herramienta se relacionan con la participación de las mujeres y la promoción de su autonomía, mientras que los obstáculos parecen relacionarse, grosso modo, con la cultura arraigada que sustenta la distribución desigual de las tareas de cuidado a nivel familiar, social y comunitario. Así, podemos presentar detalles de algunas buenas prácticas y obstáculos comunes:

Buenas prácticas

Trabajo con mujeres	Los Diagnósticos de Cuidados deben realizarse entre grupos de mujeres, promoviendo su participación y autonomía. Aunque pueda trabajarse el tema de los cuidados y las masculinidades con grupos de hombres, diagnosticar el cuidado pasa por el trabajo directo con mujeres.
Uso de metodologías participativas	Los Diagnósticos de Cuidado se insertan en un enfoque metodológico cualitativo, que produce conocimiento situado. Por ello, se promueve el uso de técnicas participativas como los Grupos Focales, la cartografía social, el análisis colectivo del uso del tiempo, entre otras.
Sistematización de la información	Un Diagnóstico de Cuidado debe tener una orientación clara hacia la recolección de datos y producción de información replicable. Para ello debe garantizarse lo necesario a nivel metodológico, logístico, financiero y del recurso humano.
Establecer alianzas	Identificar otras organizaciones e instituciones que trabajen en la zona o se impliquen en los temas de cuidado en la localidad, para fortalecer lazos en función del logro de los objetivos y de la Agenda de corresponsabilidad generada a partir del Diagnóstico de Cuidado.

Retos u obstáculos

El trabajo de cuidado es invisible	Las personas normalizan las desigualdades en la distribución de los cuidados, no lo reconocen como un trabajo que tiene un valor ni como un problema social, sino individual o íntimo.
El cuidado no se relaciona con la dependencia económica y la VbG	Por lo general, no se identifica que las sobrecargas de cuidado impiden la independencia económica de las mujeres, agrava la pobreza y las expone al aislamiento y uniones violentas, tempranas y forzadas.
Dificultades para identificar servicios de cuidado y capacidades	Suele ser difícil comprender que se requieren servicios para apoyar en los cuidados y que esto es un derecho de las mujeres y de todas las personas; por ende, no se identifica la existencia local y su necesidad. Tampoco se ven claramente, al principio, las capacidades comunitarias para responder a las demandas de cuidado.
No se separa el autocuidado del cuidado familiar y comunitario	A veces las mujeres están tan sumergidas en las demandas del cuidado familiar y comunitario, que les resulta complejo pensar en tareas de autocuidado que no incluyan a quienes cuidan o a tareas que demanden su trabajo doméstico.

V. Caja de Herramientas

Fase:

Recolección de la información y aplicación de herramientas participativas

1. Grupo focal

Objetivo: Conocer las dinámicas del trabajo doméstico y de cuidados, en el ámbito familiar, social y comunitario.

Preparación: Se debe conversar con lideresas comunitarias para garantizar la convocatoria al Grupo Focal y brindar confianza. Antes de la sesión debe tenerse a mano todos los recursos necesarios y cumplir con la preparación teórica y metodológica necesaria para aplicar la herramienta. Junto a las lideresas se puede indagar información sobre la comunidad: número de habitantes, área geográfica, principales grupos comunitarios, medios de vida o producción local, acceso a servicios, entre otros datos sociodemográficos.

Duración: 1 sesión de medio día, o 2 sesiones de 2 horas cada una.

Sesiones: Entre 1 y 2

Participantes: 8 a 10 mujeres

Edades: 18 años en Adelante

Recursos

- Humanos: 2 facilitadoras, 1 relatora
- Financieros: Traslados, Refrigerios, Hidratación, Resguardo del sol (toldos o espacios cerrados, de requerirse).
- Metodológicos: Hojas de papel bond blanco, Marcadores, bolígrafos o lápices, Tablas de apoyo para escribir, Láminas de papel bond grande (rotafolios o papelógrafos), Tirro o cinta plástica, Guía de preguntas, Lista de asistencia, Consentimientos informados, Grabador o teléfono inteligente con cámara fotográfica y opción para grabar audio, Buzón de comentarios.

Apertura: Se inicia el Grupo Focal dando la bienvenida a las participantes y conversando sobre el objetivo concreto del espacio, para solicitar el consentimiento informado. Se procede a registrar en el grupo el consentimiento y la asistencia. Luego se les pide que participen en una dinámica de presentación, sin decir sus nombres completos, ni dirección; hay que recordar que el Grupo Focal es anónimo y confidencial. Se les puede pedir que indiquen su ocupación y algún hobby o pasatiempo. Cualquier dinámica rompe hielo o de presentación es válida en este espacio; siempre que la dinámica no reproduzca los roles tradicionales de género.

Ejercicio 1. Diario de tiempo

Definición: Contabiliza el número de horas del día que las mujeres dedican a cada una de las tareas domésticas de cuidado familiar (preparar la comida, fregar, limpiar, lavar, llevar y traer de la escuela a niños, niñas y adolescentes, apoyar en las tareas de la escuela, cuidar a personas con discapacidad, con enfermedades crónicas o personas adultas mayores, cuidar a mascotas y animales, etc.) Para facilitar el proceso, puede dividirse el conteo en horas matutinas y vespertinas, hasta la hora de acostarse a dormir. También se suma al ejercicio otras horas invertidas diariamente en trabajos remunerados, descanso y recreación. Los resultados se socializan en plenaria.

Conteo de horas de trabajos remunerados, no remunerados y de autocuidado (descanso, recreación, etc): Se reparte entre las participantes una o dos hojas de papel bond blanco y bolígrafos o lápices, y se les pide que narren o registren todas las tareas que hacen durante el día, desde que se levantan hasta que se acuestan a dormir. Se pueden seguir las siguientes preguntas generadoras:

¿Qué tareas realizan en cuanto se despiertan y se levantan de la cama? ¿Cuántas horas o minutos dedican a las siguientes tareas?

- Preparar el desayuno (cocinar o calentar) y servirlo.
- Fregar los platos, recoger y limpiar la cocina.
- Recoger las habitaciones y tender las camas.
- Alistar a los niños y las niñas para la escuela.
- Llevar a los niños y las niñas a la escuela.

Se reparte entre las participantes una o dos hojas de papel bond blanco y bolígrafos o lápices, y se les pide que narren o registren todas las tareas que hacen durante el día, desde que se levantan hasta que se acuestan a dormir. Se pueden seguir las siguientes preguntas generadoras:

¿Qué tareas realizan en cuanto se despiertan y se levantan de la cama? ¿Cuántas horas o minutos dedican a las siguientes tareas?

- Preparar el desayuno (cocinar o calentar) y servirlo.
- Fregar los platos, recoger y limpiar la cocina.
- Recoger las habitaciones y tender las camas.
- Alistar a los niños y las niñas para la escuela.
- Llevar a los niños y las niñas a la escuela.

Luego de ello, ¿qué más hacen y cuántas horas o minutos dedican?

- Recoger y limpiar la casa.
- Lavar la ropa.
- Tender la ropa.
- Recoger y ordenar la ropa.
- Preparar el almuerzo (cocinar).
- Calentar y servir el almuerzo.
- Fregar los platos, recoger y limpiar la cocina.
- Recoger a los niños y las niñas de la escuela.

- Ayudar en el aseo de los niños y las niñas.
- Ayudar a los niños y las niñas a hacer las tareas.

¿Realizan tareas de trabajo remunerado? ¿Cuáles? ¿A qué se dedican? ¿Cuántas horas o minutos dedican al trabajo remunerado?

- Traslado al trabajo.
- Permanencia en el trabajo.
- Regreso del trabajo.

¿Realizan tareas de cuidado de personas con discapacidad o personas con enfermedades crónicas? ¿Cuáles? ¿Cuántas horas o minutos dedican al día?

- Servir y administrar la comida.
- Apoyo para ir al baño y ducharse.
- Administrar medicamentos.
- Apoyo en terapias o ejercicios.
- Apoyo en limpieza.
- Apoyo en traslados.

En la noche, ¿Qué otras tareas realizan? ¿cuántos minutos u horas invierten?

- Preparar la cena (cocinar).
- Calentar y servir la cena.
- Fregar los platos, recoger y limpiar la cocina.
- Ayudar en el aseo de los niños y las niñas.
- Alistar camas y recoger las áreas de la casa para dormir.
- Acostar a los niños y las niñas

¿Realizan tareas de trabajo comunitario? ¿Cuántas horas o minutos les dedican al día?

- Asistencia a reuniones o actividades comunitarias, de programas de alimentación, salud o agua, condominio, consejos comunales u otras instancias comunitarias.

¿Realizan algunas actividades deportivas, recreativas, lectura, estudio o descanso? ¿Cuáles? ¿Cuántos minutos u horas dedican?

¿Realizan alguna otra tarea antes de acostarse que no haya sido nombrada?

Cierre de Pauta: A cada actividad narrada o registrada se le asigna el número de horas o minutos invertidos y se realiza individualmente la sumatoria final de todas las horas invertidas en tareas de cuidado, trabajos remunerados y actividades de autocuidado.

Plenaria: Se socializa cuántas horas dedica cada participante diariamente en tareas de cuidado, trabajos remunerados y actividades de autocuidado, conversando abiertamente sobre las experiencias particulares de cada participante. Las horas invertidas totales pueden registrarse en papelógrafos o rotafolios

Se sugieren las siguientes preguntas generadoras:

¿Qué les pareció el ejercicio?

¿Qué les pareció conocer cuántas horas invierten diariamente en tareas domésticas y de cuidado?

Nota: este ejercicio es individual y las preguntas se adaptan a la cotidianidad de cada participante, llevándose un orden cronológico. Se sugiere seguir la narración de la participante e indagar si falta alguna tarea de la lista. Por lo general, cada participante debe recibir acompañamiento para realizar el ejercicio.

Ejercicio 2. Cálculo del valor económico de las horas de cuidado

Definición: este ejercicio busca calcular el precio en salario de las tareas de cuidado familiar realizadas por las participantes, con el objetivo de problematizar su valor e importancia con las mujeres y evidenciar la depreciación social que estas tareas reciben.

Preguntas generadoras:

¿Cuál es el salario más bajo diario que gana una empleada doméstica? Ejemplo: 10 dólares diarios.

¿Cuánto significa esto si la empleada doméstica trabaja los 7 días de la semana? (entendiendo que las mujeres realizan estos trabajos todos los días).

¿Cuánto es el salario semanal multiplicado por 4 semanas? ¿Cuánto es, finalmente, el salario de un mes? Ejemplo: 280 dólares mensuales.

Sobre este cálculo, se conversa con las mujeres sobre la impresión que esto les genera y cómo se sienten. Además, se analiza qué cosas pudieran realizar si recibieran este salario mensual por las tareas que realizan. También se indaga lo siguiente:

¿Las tareas domésticas y de cuidado que realizan les han impedido dedicar más tiempo a trabajos remunerados?

¿Las tareas domésticas y de cuidado que realizan les han impedido participar en actividades de medios de vida promovidas por organizaciones humanitarias?

Ejercicio 3. Mapa del cuidado en la comunidad

Definición: Sobre la base de la cartografía social, se diseña con las mujeres participantes un mapa de la comunidad donde se identifiquen los servicios de cuidado disponibles.

Preguntas generadoras e instrucciones:

En un papel bond grande o papelógrafo se les pide a las participantes dibujar un plano de la comunidad, identificando los servicios de cuidado disponibles: guarderías, orfanatos, hospitales, ambulatorios, casa de abuelos/as, casas comunitarias, albergues, refugios, canchas deportivas, espacios de trabajo comunitario, u otros servicios que cuiden y protejan a la comunidad y sus personas, incluyendo aquellos donde se atiendan casos vulnerables.

Luego se conversa sobre la base de las siguientes preguntas sugeridas:

- ¿Estos servicios están disponibles?
- ¿Son de fácil acceso?
- ¿La comunidad los usa siempre?

- ¿Quiénes se benefician de estos servicios? ¿Cuántas personas aproximadamente se benefician?
- ¿Qué otros servicios de cuidado se requieren en la comunidad?

Fase:

Diseño colectivo de propuestas transformadoras

Objetivo: Promover actividades transformadoras de la distribución del cuidado familiar y social, en el marco de la construcción colectiva de una Agenda Local de Cuidado.

Preparación: Se debe conversar con lideresas comunitarias para garantizar la convocatoria al Grupo Focal y brindar confianza. Antes de la sesión debe tenerse a mano todos los recursos necesarios y cumplir con la preparación teórica y metodológica necesaria para aplicar la herramienta.

Duración: 2 horas

Sesiones: 1

Participantes: 8 a 10 mujeres

Edades: 18 años en Adelante

Recursos

- Humanos: 2 facilitadoras, 1 relatora
- Financieros: traslados, refrigerios, hidratación, resguardo del sol (toldos o espacios cerrados, de requerirse)
- Metodológicos: hojas de papel bond blanco, marcadores, bolígrafos o lápices, tablas de apoyo para escribir, láminas de papel bond grande (rotafolios o papelógrafos), tirro o cinta plástica, guía de preguntas, lista de asistencia, consentimientos informados, grabador o teléfono inteligente con cámara fotográfica y opción para grabar audio, buzón de comentarios.

Apertura: Se inicia el Grupo Focal dando la bienvenida a las participantes y conversando sobre el objetivo concreto del espacio, para solicitar el consentimiento informado. Se procede a registrar en el grupo el consentimiento y la asistencia.

Ejercicio 1. La concepción social del cuidado

Definición: problematizar la concepción tradicional del cuidado familiar y las sobrecargas que recaen sobre las mujeres, desde la propia vivencia narrada por las participantes.

Preguntas generadoras e instrucciones: Se inicia el debate haciendo una retoma del último Grupo Focal, recordando las conclusiones alcanzadas en cuanto al número de horas que invierten las mujeres en el cuidado familiar y en el cálculo del valor económico que representa el trabajo de cuidado que realizan. A partir de esto se introducen las siguientes preguntas clave:

- ¿Cómo se sienten con el tiempo que invierten en las tareas de cuidado familiar?
- ¿Cómo se sienten físicamente? ¿cómo se sienten a nivel emocional?
- ¿Qué les pareció el tiempo que dedican a su autocuidado?
- ¿Qué otras cosas pudieran hacer si redujeran el tiempo que dedican a tareas domésticas y

de cuidado?

- ¿Quiénes las apoyan en tareas domésticas y de cuidado en el hogar?
- ¿Qué papel cumplen los hombres en estas tareas?
- ¿Quiénes creen ustedes que deberían participar más en estas tareas?
- ¿Qué papel deberían cumplir los hombres en estas tareas?

En este punto se introduce el concepto de corresponsabilidad del cuidado frente a la idea socialmente construida de que las tareas de cuidado son propias de las mujeres. También se problematiza la idea de la autonomía económica, en tanto las sobrecargas de cuidado impiden a las mujeres acceder a oportunidades de trabajo remunerado y las hace dependientes, debido al tiempo que ocupan en tareas que no son remuneradas. Se puede conversar con las mujeres sobre el vínculo entre estas sobrecargas de cuidado y las uniones violentas (desde violencia psicológica a violencia física), además del aislamiento que les genera al impedirles vincularse con familiares, amistades y grupos de apoyo, generando dificultades para salir de la violencia vivida.

Ejercicio 2. Redistribución del cuidado familiar

Definición: promover una distribución justa del cuidado familiar en los hogares de las participantes, que genere cambios en la sobrecarga que recae en las mujeres. La idea es introducir preguntas generadoras de reflexión y orientar el debate hacia la toma de decisiones en el sentido práctico para generar cambios en la distribución del cuidado familiar.

Preguntas generadoras e instrucciones: Se retoma el debate pidiendo a las participantes pensar sobre la redistribución de las cargas de cuidado familiar con las siguientes preguntas generadoras:

- ¿Creen ustedes que pudieran repartir estas tareas con sus esposos e hijos varones?
- ¿Cómo harían esta repartición o redistribución? (chequear la idea de corresponsabilidad frente a la “ayuda”).
- ¿Cómo reaccionarían si los involucran? ¿Se sienten libres y seguras de hacerlo?
- ¿Cómo pueden favorecer estos cambios para que tengan más tiempo para auto cuidarse (descanso, salidas con amistades y familiares, paseos, etc.)?

Luego se pide a las mujeres generar propuestas concretas de qué harán en sus hogares para redistribuir las tareas de cuidado familiar, se toma nota en papelógrafos o rotafolios y se construye una Agenda Local de Corresponsabilidad de Cuidado Familiar. También se pide a las mujeres que generen propuestas concretas de actividades de autocuidado personal y cómo podrán introducirlas en su vida (actividades de descanso y recreación, sin que necesariamente sean actividades que involucren a hijos/as u otras personas implicadas en el cuidado).

Fase:

Seguimiento evaluación

1. Grupo focal de retroalimentación

Objetivo: Presentar resultados de cierre del proceso a la comunidad y recoger retroalimentación.

Preparación: Se debe conversar con lideresas comunitarias para garantizar la convocatoria al Grupo Focal y brindar confianza. Antes de la sesión debe tenerse a mano todos los recursos necesarios y cumplir con la preparación teórica y metodológica necesaria para aplicar la herramienta. El Grupo Focal puede estar compuesto por las mujeres participantes del Diagnóstico de Cuidados y otras personas de la comunidad que participaron en la Agenda Local de Cuidado.

Duración: 1 sesión de 1 hora

Sesiones: 1

Participantes: 8 a 15 personas

Edades: 18 años en adelante

Recursos

- Humanos: 2 facilitadoras, 1 relatora
- Financieros: traslados, refrigerios, hidratación, resguardo del sol (toldos o espacios cerrados, de requerirse).
- Metodológicos: hojas de papel bond blanco, marcadores, bolígrafos o lápices, tablas de apoyo para escribir, láminas de papel bond grande (rotafolios o papelógrafos), tirro o cinta plástica, guía de preguntas, lista de asistencia, consentimientos informados, grabador o teléfono inteligente con cámara fotográfica y opción para grabar audio, buzón de comentarios.

Apertura: Se inicia el Grupo Focal dando la bienvenida a las participantes y conversando sobre el objetivo concreto del espacio, para solicitar el consentimiento informado. Se procede a registrar en el grupo el consentimiento y la asistencia. Luego se les pide que participen en una dinámica de presentación, sin decir sus nombres completos, ni dirección; hay que recordar que el Grupo Focal es anónimo y confidencial. Se les puede pedir que indiquen su ocupación y algún hobby o pasatiempo. Cualquier dinámica rompe hielo o de presentación es válida en este espacio; siempre que la dinámica no reproduzca los roles tradicionales de género.

Presentación de resultados:

Preguntas generadoras e instrucciones: Se inicia el debate con la presentación de resultados cualitativos de los Diagnósticos de Cuidado y la Agenda Local de Cuidado, resaltando la participación comunitaria y las transformaciones en pro de la igualdad de género.

Evaluación comunitaria:

Preguntas generadoras e instrucciones: Se inicia el debate con las siguientes preguntas generadoras:

- ¿Creen ustedes que el Diagnóstico de Cuidados y la Agenda Local de Cuidado produjo cambios en su comunidad y la vida de las mujeres? ¿Cuáles?
- ¿Se sienten satisfechas/os como comunidad?

- ¿Alguna vez alguien se sintió intimidada/o por las actividades del Diagnóstico de Cuidados y la Agenda Local de Cuidado?
- ¿Alguna vez alguien se sintió excluida/o de las actividades del Diagnóstico de Cuidados y la Agenda Local de Cuidado?
- ¿Cómo valoran el desempeño del personal de la organización?
- ¿Creen ustedes que en el proceso pudieron expresar libremente sus opiniones y comentarios?
- ¿Creen ustedes que sus opiniones y comentarios fueron tomados en cuenta en todo momento?
- ¿Conocieron ustedes sobre mecanismos de retroalimentación como buzones de quejas y sugerencias durante todo el proceso de Diagnóstico de Cuidado y Agenda Local de Cuidado?
- ¿Creen que el trabajo realizado ha sido de calidad?
- ¿Cómo califican las estrategias de convocatoria y difusión entre mujeres y personas de la comunidad para atraerles a las actividades del Diagnóstico de Cuidado y Agenda Local de Cuidado? ¿Qué cambiarían?

Cierre:

Preguntas generadoras e instrucciones: Se cierra el debate con las siguientes preguntas generadoras:

- ¿Qué les pareció en general todo el proceso Diagnóstico de Cuidado y Agenda Local de Cuidado? ¿Qué cosas mejorarían o cambiarían?
- ¿Creen ustedes que aprendieron a partir de la experiencia de Diagnóstico de Cuidado y Agenda Local de Cuidado? ¿Qué cosas aprendieron que puedan resaltar?

2. Grupo focal para la evaluación del impacto

Objetivo: Identificar el Impacto del Cuidado en la prevención de la Violencia basada en género y en la promoción de las actividades generadoras de ingreso y de los emprendimientos económicos.

Preparación: Se debe conversar con lideresas comunitarias para garantizar la convocatoria al Grupo Focal y brindar confianza. Antes de la sesión debe tenerse a mano todos los recursos necesarios y cumplir con la preparación teórica y metodológica necesaria para aplicar la herramienta.

Duración: 3 horas

Sesiones: 1

Participantes: 8 a 10 mujeres

Edades: 18 años en Adelante

Recursos:

- Humanos: 2 facilitadoras, 1 relatora
- Financieros: traslados, refrigerios, hidratación, resguardo del sol (toldos o espacios cerrados, de requerirse)
- Metodológicos: hojas de papel bond blanco, marcadores, bolígrafos o lápices, tablas de apoyo

para escribir, láminas de papel bond grande (rotafolios o papelógrafos), tirro o cinta plástica, guía de preguntas, lista de asistencia, consentimientos informados, grabador o teléfono inteligente con cámara fotográfica y opción para grabar audio, buzón de comentarios.

Apertura: Se inicia el Grupo Focal dando la bienvenida a las participantes y conversando sobre el objetivo concreto del espacio, para solicitar el consentimiento informado. Se procede a registrar en el grupo el consentimiento y la asistencia. Luego se les pide que participen en una dinámica de presentación, sin decir sus nombres completos, ni dirección; hay que recordar que el Grupo Focal es anónimo y confidencial. Se les puede pedir que indiquen su ocupación y algún hobby o pasatiempo. Cualquier dinámica rompe hielo o de presentación es válida en este espacio; siempre que la dinámica no reproduzca los roles tradicionales de género.

Conocimiento de la violencia basada en género:

Preguntas generadoras e instrucciones: Se inicia el debate con las mujeres sobre la base de las siguientes preguntas generadoras:

- ¿Qué saben sobre la violencia basada en género?
- ¿Qué cosas nuevas han aprendido sobre lo que constituye la violencia basada en género después de haber participado en el proyecto (nombrarlo)?
- ¿Cómo definirían ahora las distintas formas de violencia basada en género y cuáles predominan en tu comunidad?
- ¿Cómo aplicarían lo aprendido en materia de VbG en sus vidas diarias o en su comunidad?

Distribución equitativa de las tareas de cuidado:

Preguntas generadoras e instrucciones: Se continua el debate con las mujeres sobre la base de las siguientes preguntas generadoras:

- ¿Cómo se distribuían las tareas domésticas y de cuidado en sus hogares antes tu participación en el proyecto (nombrarlo)?
- ¿Cómo es ahora? ¿Perciben una mayor corresponsabilidad?
- ¿Quién hace qué cosas ahora? ¿Ha cambiado la actitud de los hombres? ¿cómo es ahora?
- ¿Cómo se sienten con respecto a esa distribución? ¿Creen que hay un desequilibrio o mayor equidad? ¿Por qué?

Participación en actividades generadoras de ingreso:

Preguntas generadoras e instrucciones: Se continua el debate con las mujeres sobre la base de las siguientes preguntas generadoras:

- ¿Antes de participar en el proyecto (nombrarlo), tenían alguna actividad generadora de ingresos o trabajo remunerado? ¿Qué tipo de actividades realizaban?
- ¿Creen que el proyecto cambió su forma de pensar sobre la importancia de tener una fuente de ingresos? ¿Cómo?
- ¿Creen que el reparto más equitativo de las tareas de cuidado les ha permitido tener más tiempo para generar ingresos?

Cambios culturales en favor de la igualdad de género:

Preguntas generadoras e instrucciones: Se continua el debate con las mujeres sobre la base de las siguientes preguntas generadoras:

• Roles de género en el hogar y la comunidad:

- ¿En su comunidad se habla más de la igualdad entre mujeres y hombres después de su participación en el proyecto?
- ¿Han notado cambios en las actitudes hacia las mujeres?

• Promoción de la igualdad de género:

- ¿Han realizado alguna acción concreta para promover la igualdad entre mujeres y hombres en sus hogares o en la comunidad?

• Evidencias de cambio cultural:

- ¿Podrían compartir un ejemplo de un cambio en actitudes o comportamientos en sus familias?

Cierre:

Preguntas generadoras e instrucciones: Se cierra el debate con las mujeres sobre la base de las siguientes preguntas generadoras:

- ¿Están en una red de mujeres? ¿Cómo valoran su participación en ella y qué consideran que fue lo más importante que aprendieron en el proyecto?

3. Encuesta de evaluación de impacto

Objetivo: Identificar el impacto de la generación de propuestas transformadoras de la distribución del cuidado familiar social y comunitario, en relación con la prevención de la Violencia basada en Género y el desarrollo de la autonomía económica de las mujeres.

Preparación: Se debe conversar con lideresas comunitarias para garantizar la aplicación de la Encuesta a mujeres que hayan participado en actividades de seguridad alimentaria y medios de vida (generadoras de ingreso) así como actividades de protección. Dentro de este grupo, se trata de escoger mujeres que hayan participado en el Diagnóstico de Cuidados y a otras mujeres que no hayan participado (grupo de control), con el fin de comparar realidades e identificar consecuencias en torno a la VbG y a la autonomía económica. Antes de la aplicación de la Encuesta debe diseñarse el cuestionario estandarizado, así como identificada la aplicación (Kobo Toolbox, SurveyCTO, Google Forms u otros) a través de la cual se va a realizar la Encuesta, así como definir tiempos de ejecución del trabajo de campo y el tamaño de la muestra. Por lo general, suelen realizarse muestras pequeñas, en tanto se trata de encuestas locales en comunidades vulnerables.

Tamaño de la muestra sugerido: entre 50 y 150 mujeres.

Tipo de muestreo: no probabilístico por cuotas (involucrar diversas edades y grupos de mujeres)

Duración: 25-45 minutos aproximadamente

Cuestionario estandarizado

1. Datos personales

1.1 Tipo de grupo (esta pregunta no se realiza a la encuestada, está determinada previamente):		1.1.1 Participante del Diagnóstico de Cuidado	
		1.1.2 Grupo control (no participante)	
1.2 Estado:	1.3 Municipio:	1.4 Parroquia:	1.5 Localidad:
1.6 Edad:	1.7 ¿Cuál es su nivel educativo?	1.7.1 No cursó estudios 1.7.2 Primaria completa 1.7.3 Básica completa 1.7.4 Bachillerato completo 1.7.5 Técnica media completa 1.7.6 Técnica superior universitaria completa 1.7.7 Universitaria completa 1.7.8 Posgrado universitario completo	
1.8 ¿Cuál es su estado civil?	1.8.1 Soltera 1.8.2 Unida 1.8.3 Casada 1.8.4 Separada 1.8.5 Divorciada 1.8.6 Viuda	1.9 ¿Tiene pareja actualmente?	1.9.1 Sí 1.9.2 No
		1.10 ¿Vive con su pareja? (condicionada si responde 1.9.1)	1.10.1 Sí 1.10.2 No
1.11 ¿Cuál es su ocupación actual?	1.11.1 Trabajo no remunerado de cuidado en el hogar (ama de casa) 1.11.2 Trabajo remunerado de oficios de cuidado del hogar (servicio doméstico, niñera, etc.) 1.11.3 Otro trabajo remunerado	1.12. ¿Tiene usted hijos/as?	1.12.1 Sí 1.12.2 No
		1.13 ¿Cuántos/as hijos/as tiene? (condicionada si responde 1.12.1)	Según el número de hijos/as indicado se pregunta la edad de cada uno/a.

2. Conocimientos sobre la Violencia basada en Género

2.1 ¿Sabe qué es la Violencia basada en Género?	2.1.1 Sí 2.1.2 No	2.2 ¿Sabías qué era la Violencia basada en Género antes de participar en el proyecto (indicar nombre)?	2.2.1 Sí 2.2.2 No
2.3 ¿Qué tanto crees que sabes sobre Violencia basada en Género?		2.3.1 Mucho 2.3.2 Poco 2.3.3 Nada	
2.4 ¿Conoces o sabes que existen los siguientes tipos de violencia? (Marcar si corresponde)	2.4.1 Violencia física 2.4.2. Violencia psicológica 2.4.3 Violencia económica y patrimonial 2.4.4 Violencia doméstica 2.4.5 Violencia sexual 2.4.6 Violencia obstétrica 2.4.7 Violencia simbólica 2.4.8 Violencia política 2.4.9 Violencia laboral 2.4.10 Violencia mediática 2.4.11 Violencia institucional 2.4.12 Acoso u hostigamiento 2.4.13 Acoso sexual 2.4.14 Acceso carnal violento 2.4.15 Amenaza 2.4.16 Esclavitud sexual 2.4.15 Esterilización forzada 2.4.16 Tráfico de mujeres, niñas y adolescentes 2.4.17 Trata de mujeres, niñas y adolescentes 2.4.18 Prostitución forzada 2.4.19 Tocamiento sin penetración 2.4.20 Sexo por supervivencia		
2.5 Actualmente, ¿se siente capaz de identificar situaciones de Violencia basada en Género?	2.5.1 Sí 2.5.2 No	2.6. ¿Cree que esto cambió a partir de su participación en el Proyecto? (condicionada si responde 2.5.1)	2.6.1 Sí 2.6.2 No
2.7 ¿Cree que actualmente sabe sobre cómo prevenir o denunciar la Violencia basada en Género?	2.7.1 Sí 2.7.2 No	2.8. ¿Cree que esto cambió a partir de su participación en el Proyecto? (condicionada si responde 2.7.1)	2.8.1 Sí 2.8.2 No

3. Distribución equitativa de las tareas de cuidado

Tipo de tarea	Opciones de respuesta:		
	3.1 ¿Cómo se distribuían las siguientes tareas antes del Proyecto?	3.2 ¿Cómo se distribuyen ahora?	
1. Limpieza del hogar 2. Cocina y alimentación 3. Lavar y recoger la ropa 4. Reparaciones del hogar 5. Cuidado de hijos/as (baño, alimentación, tareas escolares) 6. Cuidado de personas mayores o dependientes 7. Cuidado de animales (mascotas, estimación) 8. Otras tareas domésticas	3.1.1 Yo me encargaba completamente. 3.1.2 Mi pareja masculina se encargaba completamente. 3.1.3 Mis familiares mujeres se encargaban completamente. 3.1.4 Mis familiares hombres se encargaban completamente. 3.1.5 Mis hijas, otras mujeres y yo nos encargábamos completamente. 3.1.6 Yo me encargaba de la mayor parte, pero recibo apoyo de mis hijas y de mis hijos varones también. 3.1.8 Yo me encargaba de la mayor parte, pero recibo apoyo de mis hijos varones, ya que no tengo hijas mujeres. 3.1.9 Yo me encargaba de la mayor parte, pero recibo apoyo de mis hijos/as y de mi pareja masculina. 3.1.11 Las tareas se distribuían equitativamente entre todas las personas del grupo familiar	3.2.1 Me sigo encargando yo completamente 3.2.2 Mi pareja masculina se sigue encargando completamente 3.2.3 Mis familiares mujeres se siguen encargando completamente 3.2.4 Mis familiares hombres se siguen encargando completamente 3.2.5 Mis hijas, otras mujeres y yo nos seguimos encargando completamente 3.2.6 Yo me sigo encargando de la mayor parte, pero recibo el mismo apoyo de mis hijas y de mis hijos varones también. 3.2.8 Yo me sigo encargando de la mayor parte, pero recibo el mismo apoyo de mis hijos varones, ya que no tengo hijas mujeres 3.2.10 Yo me sigo encargando de la mayor parte, pero recibo apoyo de mis hijos/as, de mi pareja masculina y de otras personas de la familia (hombres y mujeres) 3.2.11 Ahora mis hijas mujeres y otras mujeres de la familia se involucran más en las tareas 3.2.12 Ahora mis hijos varones e hijas mujeres se involucran más en las tareas 3.2.13 Ahora mis hijos varones, mis hijas mujeres y otros hombres y mujeres de la familia se involucran más en las tareas 3.2.14 Ahora mis hijos varones, mis hijas mujeres y mi pareja masculina se involucran más en las tareas 3.2.15 Ahora las tareas se distribuyen equitativamente entre todas las personas del grupo familiar	
3.3 ¿Ha hablado con su familia o pareja sobre la distribución de las tareas de cuidado después de participar en el proyecto?	3.3.1 Sí 3.3.2 No	3.4 Después de participar en el Proyecto, ¿cree que ha habido cambios en la distribución de las tareas de cuidado en su hogar?	3.4.1 Sí 3.4.2 No
3.5 ¿Quién participa ahora en las tareas de cuidado que antes no lo hacía?	3.5.1 Mi pareja masculina 3.5.2 Mi(s) hijo(s) varón(es) 3.5.3 Mi(s) hija(s) mujer(es) 3.5.4 Otros familiares hombres 3.5.5 Otras familiares mujeres 3.5.6 Nadie, sigue siendo mi responsabilidad, mayormente		
3.6 ¿Cómo calificaría su satisfacción con la distribución actual de las tareas de cuidado en su hogar?	3.6.1 Muy insatisfecha 3.6.2 Insatisfecha 3.6.3 Neutral 3.6.4 Satisfecha 3.6.5 Muy satisfecha		

4. Participación en actividades generadoras de ingreso

<p>4.1 ¿Tienes alguna actividad generadora de ingresos actualmente?</p>	<p>4.1.1 Sí 4.1.2 No</p>	<p>4.2 Antes de participar en el proyecto, ¿tenías alguna actividad generadora de ingresos?</p>	<p>4.2.1 Sí 4.2.2 No</p>
<p>4.3 Si no tenías actividad generadora de ingresos, ¿cuál era la razón principal? (condicionada si responde 4.2.2)</p>		<p>4.3.1 No tenía tiempo suficiente para dedicarme a trabajar, por las tareas del hogar y cuidado 4.3.2 Falta de recursos económicos 4.3.3 Falta de acceso a un empleo 4.3.4 A mi esposo no le gustaba que yo trabajara 4.3.5 No estaba interesada 4.3.6 Otro motivo (especifique)</p>	
<p>4.4 Después de participar en el proyecto, ¿considera que ahora tiene más opciones para generar ingresos?</p>	<p>4.4.1 Sí 4.4.2 No</p>	<p>4.5 Después de participar en el proyecto, ¿tiene usted alguna actividad generadora de ingresos?</p>	<p>4.5.1 Sí 4.5.2 No</p>
<p>4.6 Si no tiene actividad generadora de ingresos actualmente, ¿cuál es la razón principal? (condicionada si responde 4.5.2)</p>		<p>4.6.1 No tengo tiempo suficiente para dedicarme a trabajar, por las tareas del hogar y cuidado 4.6.2 Falta de recursos económicos 4.6.3 Falta de acceso a un empleo 4.6.4 A mi esposo no le gusta que yo trabaje 4.6.5 No estoy interesada 4.6.6 Otro motivo (especifique)</p>	
<p>4.7 ¿Cómo calificaría su capacidad para generar ingresos después de haber participado en el proyecto?</p>		<p>4.7.1 Muy difícil 4.7.2 Algo difícil 4.7.3 Neutral 4.7.4 Algo fácil 4.7.5 Muy fácil</p>	
<p>4.8 ¿Qué factores influyen en su decisión de participar o no en una actividad generadora de ingresos? (puede marcar varias opciones)</p>		<p>4.8.1 Falta de recursos económicos 4.8.2 Falta de apoyo de la familia 4.8.3 La falta de tiempo debido a tareas del hogar y cuidado 4.8.4 A mi esposo no le gusta que yo trabaje 4.8.5 No estoy interesada en trabajar 4.8.6 Otro motivo (especifique)</p>	
<p>4.9 ¿Cree que su capacidad de autonomía económica cambió después del proyecto, en temas como: abrir cuenta bancaria, administrar su propio dinero, tener acceso a decidir sobre los recursos del hogar, ¿entre otras?</p>		<p>4.9.1 Sí, totalmente 4.9.2 Sí, un poco 4.9.3 No</p>	

5. Cambios en favor de la igualdad de género

<p>5.1 Después de participar en el proyecto, ¿has observado cambios en las actitudes de los hombres hacia las mujeres en tu hogar o comunidad?</p>	<p>5.1.1 Sí, han cambiado mucho 5.1.2 Sí, han cambiado un poco 5.1.3 No han cambiado nada, siguen igual 5.1.4 Han empeorado sus actitudes negativas</p>		
<p>5.2 ¿Has promovido conversaciones sobre la igualdad entre hombre y mujeres en tu hogar o comunidad después de participar en el proyecto?</p>	<p>5.2.1 Sí, muchas veces 5.2.2 Sí, algunas veces 5.2.3 No, nunca</p>	<p>5.3 ¿Crees que ahora ha habido cambios sobre lo que se espera que deben cumplir las mujeres y los hombres, en tu entorno?</p>	<p>5.3.1 Sí, muchos 5.3.2 Sí, un poco 5.3.3 No, ninguno</p>
<p>5.4 ¿Crees que los hombres y su participación en las tareas de cuidado han cambiado después del proyecto?</p>	<p>5.4.1 Sí, mucho 5.4.2 Sí, un poco 5.4.3 No, siguen igual 5.4.4 Han empeorado</p>	<p>5.5 ¿Crees que los hombres se han vuelto más agresivos después del proyecto?</p>	<p>5.5.1 Sí 5.5.2 No 5.5.3 Prefiero no decirlo</p>
<p>5.4 ¿Cómo calificarías los cambios hacia la igualdad entre mujeres y hombres que has observado en tu entorno después de participar en el proyecto?</p>	<p>5.5.1 No ha habido cambios 5.5.2 Ha habido muy pocos cambios 5.5.3 Ha habido algunos cambios importantes 5.5.4 Ha habido muchos cambios importantes</p>		

Referencias bibliográficas

- ACNUR (2024) Herramienta de ACNUR para el Diagnóstico Participativo: Guía Práctica. En: [Herramienta de ACNUR para el diagnóstico participativo: guía práctica](#)
- AVESA (2025). Corresponsabilidad de los cuidados en la prevención de la violencia basada en género. En: [Sobrecarga de cuidados en Venezuela](#)
- Batthyány, K. (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales. CEPAL. En: [Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales](#)
- Carrasco, C. (2006). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? Revista de Economía Crítica, (5), 233-250.
- CEPAL. (2021). Construir un futuro mejor: una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad. En: [Construir un nuevo futuro: una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad | Comisión Económica para América Latina y el Caribe](#)
- Esquivel, V. (2013) El cuidado en los hogares y las comunidades. Informe de Investigación de OXFAM. <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/302287/rr-care-background-071013-es.pdf;jsessionid=730A1BDD8373411E2E7F481DB83834E2?sequence=2>
- Esquivel, V. (2011). La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. PNUD. [DE1002.pdf](#)
- Esquivel, V. (2015) El cuidado: de concepto analítico a agenda política. <https://nuso.org/articulo/el-cuidado-de-concepto-analitico-a-agenda-politica/>
- FAO (s.f). Diagnóstico participativo de la situación alimentaria y nutricional de la comunidad. En: <https://www.fao.org/4/v1490s/v1490s03.htm>
- Falú, A. y Pérez Castaño, L. (2024) Agenda Local de Cuidados en América Latina y El Caribe. Informe de ONUMUJERES. https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2024-12/es_agendalocalcuidados_web_03dic2024_1.pdf
- Federici, S. (2013). El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo. Traficantes de Sueños.
- Kidder, T. y Pionetti, C. (2013) Metodología participativa: Análisis rápido de cuidados. Guía para responsables y facilitadores/as. Informe de OXFAM. <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620147/ml-rapid-care-analysis-facilitators-151116-es.pdf?sequence=5>
- Lagarde, M. (2015). Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Cuadernos Inacabados.
- Lagarde, M. (1997). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. Universidad Nacional Autónoma de México.
- OIT (2019). El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. En: [El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente | Caja de herramientas](#)
- OXFAM (2012) Análisis participativo de vulnerabilidades y capacidades. Guía para profesionales. <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/23241/ml-participatory-capacity-vulnerability-analysis-practitioners-guide-010612-es.pdf?sequence=10>
- Pautassi, L. (2018). El cuidado como derecho: Un camino virtuoso, un desafío inmediato. En: [2019-laura-pautassi-el-cuidado-como-derecho.pdf](#)
- Pérez Orozco, A. (2014). Subversión feminista de la economía: aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida. Traficantes de Sueños.
- Rico, M. N y Robles, C (2016). Políticas de cuidado en América Latina: Forjando hacia la igualdad. CEPAL. En: [Políticas de cuidado en América Latina: forjando la igualdad](#)
- Sphere. (2018). El Manual Esfera. Carta humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria. En: [El Manual Esfera 2018 | Sphere](#)



CARACAS

Avenida Libertador con calle Negrín,
C. C. Avenida Libertador, Torre Oeste,
Pent House, Oficina 4,
Sector Las Delicias. Caracas, Distrito Capital.

Teléfono: +58 424 1659742

AMAZONAS

Avenida Rómulo Gallegos. Edificio Don Miche,
Piso 1, Municipio Átures, Parroquia Luis Alberto Gómez,
Puerto Ayacucho. Estado Amazonas.

Teléfono: +58 416 4165087

Junio, 2025

Depósito Legal N°: 978-980-8021-08-0

ISBN: 978-980-8021-08-0



9 789808 021080



***¡Por una sexualidad
responsable, plena y libre!***

  **avesaong**
 **yoestoyinformada**
 **avesa.org**
 **avesa.blog**
 **contacto@avesaweb.com**