



El futuro  
es de todos

DNP  
Departamento  
Nacional de Planeación

# POLÍTICA NACIONAL **DE CUIDADO (PNC)**

Versión Borrador

Departamento Nacional de Planeación  
Bogotá, D.C. Julio 2022.  
Versión borrador<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Esta es una versión del documento que será presentado a consideración de la Comisión Intersectorial de la Política Nacional de Cuidado. Su contenido no es definitivo hasta tanto no haya sido aprobado, una vez cursado el debido proceso. Por lo tanto, su contenido no compromete al Departamento Nacional de Planeación o al gobierno nacional con la implementación de las estrategias aquí presentadas.

# Contenido

I.	INTRODUCCIÓN .....	5
II.	ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	7
III.	MARCO CONCEPTUAL.....	24
IV.	DIAGNÓSTICO .....	30
V.	MARCO DE POLÍTICA.....	65
VI.	OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	65
VII.	PLAN DE ACCIÓN .....	66
VIII.	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN .....	71
IX.	BIBLIOGRAFÍA .....	72
X.	ANEXOS.....	81

Borrador

## COMISIÓN INTERSECTORIAL DE LA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADO

**Fernando Ruíz Gómez**

Ministro de Salud y Protección Social

**Ángel Custodio Cabrera Báez**

Ministro del Trabajo

**María Victoria Angulo González**

Ministra de Educación Nacional

**Víctor Manuel Muñoz Rodríguez**

Director General del Departamento Administrativo de Presidencia de la República

**Juan Daniel Oviedo Arango**

Director General del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

**Pierre García Jacquier**

Director General del Departamento de la Prosperidad Social (E)

**Alejandra Carolina Botero Barco**

Directora General del Departamento Nacional de Planeación

## AGRADECIMIENTOS

El Departamento Nacional de Planeación extiende especiales agradecimientos a los servidores públicos de las entidades integrantes de la Comisión Intersectorial de la Política Nacional de Cuidado por sus aportes al documento, y las demás entidades que contribuyeron a su desarrollo: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y las Consejerías Presidenciales para la Equidad de la Mujer, Participación de las Personas con Discapacidad y Niñez y Adolescencia.

De igual forma, el Departamento Nacional de Planeación agradece a la Agencia Francesa de Desarrollo – Expertise France (Grupo AFD), al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y a la Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres), por su participación y apoyo técnico y financiero para el diseño de la Política Nacional de Cuidado en Colombia.

# INTRODUCCIÓN

En respuesta a los distintos compromisos del Gobierno Nacional y reconociendo que el cuidado es un bien público esencial para el funcionamiento de las sociedades, un derecho fundamental y una necesidad vital (CEPAL, 2016), este documento presenta la Política Nacional de Cuidado en Colombia en materia de diseño, implementación, seguimiento y evaluación, la cual ha sido el resultado de un trabajo conjunto con las entidades del orden nacional complementado con los aportes y la participación de la sociedad civil, la academia, centros de pensamiento, expertos independientes, cooperación internacional y banca multilateral, entre otros actores.

Este proceso de construcción conjunta de la política toma como base otros desarrollos técnicos y conceptuales elaborados por el Departamento Nacional de Planeación, como: “Avances de la construcción de las bases del Sistema Nacional de Cuidado – SINACU” (DNP, 2017); “Economía del cuidado: revisión de literatura, hechos estilizados y políticas de cuidado (DNP, 2018)”; “Propuesta de Política Pública nacional y sectorial sobre Cuidado en Colombia” (DNP, 2019); “Diagnóstico de la oferta de servicios de cuidado en el país, incorporando los servicios de cuidado identificados en las experiencias internacionales” (DNP-BID, 2020) y “Avances de la Política Nacional de Cuidado” (DNP, 2020).

En Colombia ha sido ampliamente documentada y explícita la brecha entre la demanda y oferta de cuidado, situación que se ha agudizado por las falencias en la prestación de los servicios de cuidados, que se encuentra fundamentada en una estructura inequitativa de poder y de acceso a recursos económicos, que promueven una división desigual e insostenible del trabajo de cuidado, donde las mujeres han sido las principales proveedoras. De manera paralela, se ha identificado que las labores de cuidado no remunerado no han sido consideradas socialmente por su valor económico que aporta a la sociedad dado que las mujeres lo realizan como rol por su condición de género.

Esta estructura del cuidado ha acentuado aún más las brechas que enfrentan las mujeres para conseguir su autonomía económica, así como su participación en la sociedad y uso del tiempo libre para el desarrollo de sus proyectos de vida. Adicionalmente, la crisis sanitaria derivada por la pandemia del Covid- 19 ha generado impactos económicos significativos, que en las mujeres ha provocado un costo sin precedentes, visibilizando aún más el déficit de cuidados y de servicios de protección social en Colombia.

Como respuesta, se han impulsado varias iniciativas legislativas para promover, respetar y garantizar los derechos de las personas que demandan cuidados, así como de las medidas de protección y apoyo para las personas cuidadoras. Por ejemplo, el proyecto de ley 267 “Por medio de la cual se promueve la visibilización de los cuidadores de personas con discapacidad, se incentiva su formación, acceso a empleo, emprendimiento y generación de ingresos y se dictan otras disposiciones”; y el proyecto de ley 041 “Por medio del cual se establecen medidas efectivas y oportunas en materia de formación, atención en salud física

y mental y, generación ingresos a los cuidadores familiares e informales de personas con discapacidad en situación de dependencia funcional y se dictan otras disposiciones”.

De igual forma, se han diseñado e implementado programas sociales enfocados en poblaciones particulares con el fin de solventar las necesidades de cuidado. Sin embargo, las mismas no han sido del todo exitosas en la medida en que se encuentran desarticuladas con el diseño de una política rectora, y atomizadas por su enfoque en poblaciones específicas, desconociendo la importancia que debe tener un marco normativo robusto que propenda por la progresividad del reconocimiento, respeto, garantía y exigibilidad de los derechos de las personas que demandan y proveen cuidados en el país.

Tal como lo recomienda el DANE y ONU Mujeres (DANE-ONU Mujeres, 2020), la Política Nacional de Cuidado tiene un doble propósito al reconocer por un lado que todas las personas requieren cuidados a lo largo de sus vidas y prioriza la provisión de cuidado para la población pobre o en condición de vulnerabilidad económica con mayores niveles de dependencia y menores niveles de autonomía, entre los cuales se han identificado a la primera infancia, personas con discapacidad y personas mayores; y por otro lado, busca el ejercicio de acceso efectivo a los derechos de las mujeres que proveen cuidados directos e indirectos no remunerados al interior del hogar.

De igual forma, la política contenida en este documento contribuye a acelerar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en especial al objetivo cinco: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas en su meta 5.4: “Reconocer y valorar los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico no remunerado mediante la prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructuras y la formulación de políticas de protección social, así como mediante la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país” (ONU, s.f.).

Este documento de Política consta de ocho secciones, incluyendo esta introducción. La segunda sección (Antecedentes y Justificación) detalla el estado de las políticas públicas relacionadas con el cuidado en Colombia mediante ejes temáticos con el fin de conocer qué hay, qué falta y hacia dónde podrían dirigirse las acciones aquí incluidas, así como las razones que justifican su diseño e implementación. La tercera sección (Marco conceptual) presenta las principales definiciones, enfoques y principios de la Política Nacional de Cuidado. La cuarta sección (Diagnóstico) presenta el problema central que se busca resolver, además de identificar y exponer sus principales causas y consecuencias en el marco de las cuatro dimensiones de la política. La quinta sección (Objetivos) plantea el propósito principal de la política, así como los objetivos específicos. La sexta sección (Plan de acción), contiene las estrategias y líneas estratégicas para la implementación de la Política Nacional de Cuidado a cargo de las entidades de la Comisión Intersectorial de la Política Nacional de Cuidado<sup>2</sup>. El documento cierra con el seguimiento y evaluación de la política junto con la bibliografía consultada.

---

<sup>2</sup> Proyecto de Decreto de creación de la Comisión en proceso de expedición.

## ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Esta sección describe los desarrollos registrados en Colombia para avanzar en la definición de una política pública del cuidado. Posteriormente, presenta los argumentos conceptuales, técnicos y normativos que evidencian la necesidad respecto a la definición y adopción de la política nacional de cuidado en Colombia en materia de diseño, implementación, seguimiento y evaluación, tendiente a garantizar el goce, bienestar y calidad de vida de la población sujeta de cuidados como de la población cuidadora.

### Antecedentes

El proceso de formulación de la política pública para el cuidado toma como referencia el análisis de múltiples factores que vienen incidiendo en la adopción de marcos institucionales, normativos, financieros y de gestión en beneficio de las personas sujetas de cuidado como de las personas cuidadoras que proveen cuidados.

### Medición y visibilización del trabajo de cuidados no remunerado

Este factor tiene como propósito hacer visible y revalorizar el trabajo de cuidados y uso de la información para el diseño de políticas públicas y para la medición y contabilización del trabajo de cuidados (ONU Mujeres, 2018). En el marco de la agenda de desarrollo sostenible 2015-2030 ratificada por Colombia ante las Naciones Unidas, el objetivo de Desarrollo Sostenible 5 “Igualdad de Género” resalta la necesidad de contar con el reconocimiento, cuantificación y valoración del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado por medio de la oferta de servicios públicos, infraestructura, políticas de protección social y responsabilidades compartidas entre hombres y mujeres al interior de los hogares así como reconoce al cuidado como un tema transversal a la agenda de desarrollo 2015-2030 (Global Policy Watch, 2019).

En Colombia, los avances más recientes en el reconocimiento del cuidado en el crecimiento económico se reflejan en la expedición de la Ley 1413 de 2010 “ Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas” Así mismo, con la expedición del Decreto 2490 de 2013 mediante el cual se crea la Comisión Intersectorial para la inclusión de la información sobre trabajo de hogar no remunerado en

el Sistema de Cuentas Nacionales, con fines exclusivamente estadísticos, en los términos señalados en la Ley 1413 de 2010, Colombia da un paso importante en la contabilización del trabajo de mujeres en el hogar y en el reconocimiento de la desigualdad entre mujeres y hombres en la provisión de cuidados, dentro y fuera del hogar .

De igual forma, la producción estadística que viene generando el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE y los estudios a profundidad que realiza esta entidad con el uso de las encuestas de uso del tiempo constituye otro avance en el reconocimiento del trabajo de cuidado en el país, en especial aquel no remunerado realizado en amplia mayoría por mujeres. Desde la primera versión de la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT) en Colombia en 2012, se evidenciaron las brechas en cuanto al tiempo dedicado por mujeres y hombres a actividades de trabajo doméstico no remunerado y de cuidado directo, siendo mayor la dedicación por parte de las mujeres al interior del hogar, tendencia que se ha mantenido, puesto que, “se encuentra que la carga de trabajo sobre mujeres en el periodo entre septiembre de 2020 y agosto de 2021[era] casi 3 horas mayor que la de los hombres en promedio” (ENUT, 2021).

Sin embargo, la Ley 1413 estipuló que el DANE debía generar la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo como instrumento indispensable para obtener la información sobre trabajo de hogar no remunerado, así mismo, crear una cuenta satélite para la inclusión de la información sobre trabajo de hogar no remunerado en el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN). Por lo anterior, “la inclusión del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en las cuentas nacionales se hace posible a través de la construcción de la cuenta satélite de Economía del Cuidado, que se compila de manera separada pero consistente, con el SCN” (DANE, 2013). Dicha cuenta incluye las actividades de economía del cuidado que se encontraban por fuera de la frontera de producción del SCN.

Otro aspecto es el reconocimiento del cuidado como sector económico, que hace referencia a la visibilización y contabilización de las actividades de cuidado tanto de cuidado directo como del cuidado indirecto dentro del crecimiento económico del país, ya que reproduce el trabajo, sostenimiento de la vida, producción y valor económico de las actividades de cuidado. Como sector, también se relaciona con el sector de empleo dada la alta concentración de mujeres, con más de un 90% de “feminización” de su fuerza laboral (ONU Mujeres, 2018). Como se ha señalado “Es justo que se lidere una política que reconozca el aporte de la mujer a la economía del mercado y a la economía del cuidado” (López Cecilia, 2010).

Frente a lo anterior, el desarrollo de una política pública del cuidado orientada a garantizar los derechos de la población cuidadora, especialmente mujeres, y de la población sujeta de cuidado deberá enfocarse en: articular la oferta estatal; definir lineamientos de formación para la población cuidadora; garantizar la calidad de servicios públicos y privados; gestionar información y conocimiento en torno al cuidado; promover el cambio cultural e implementar un sistema nacional de cuidado. Adicionalmente, se requieren esfuerzos para: i) posicionar

al cuidado como un sector de la economía; ii) contabilizar dichos aportes y visibilizar y reconocer el rol de las mujeres y del trabajo de cuidado no remunerado en el desarrollo social y económico de Colombia; iii) para identificar otras fuentes de financiación alternativas para la sostenibilidad de las políticas de cuidado y sistemas de cuidado.

Por último, tal como lo señala las Naciones Unidas (ONU Mujeres, 2018), parte del reconocimiento implica también la sensibilización y educación social, es decir, incidir en el cambio de mentalidades en torno a la importancia de este trabajo y la necesaria corresponsabilidad en su desempeño, focalizándose sobre todo en la implicación más activa de los hombres, utilizando herramientas comunicativas para este fin.

## Imaginarios y prácticas culturales en torno al cuidado y distribución del trabajo de cuidados no remunerado.

Este factor pone en evidencia la necesidad de distribuir de manera más justa y equilibrada el trabajo de cuidados no remunerado (ONU Mujeres, 2018). Resalta aquellos imaginarios sociales que profundizan la división sexual del trabajo, según la cual las mujeres tienen mayor responsabilidad en las labores de cuidado, limitan la participación de los hombres en estas labores, restringiendo la oferta de servicios de cuidado (DNP, 2019). Hace referencia a la adopción del enfoque de redistribución y corresponsabilidad del trabajo de cuidado dentro de los hogares (entre hombres y mujeres), entre familia y comunidad (reconociendo redes de apoyo más amplias que las familiares) y entre el trabajo realizado por las familias y la provisión de servicios por parte del Estado y el mercado.

De esta manera, evidencia retos para el fortalecimiento y ampliación en la provisión de estos servicios históricamente asignados y asumidos mayoritariamente por las mujeres en el hogar, y retos de promoción de la corresponsabilidad del cuidado con los hombres, a fin de superar el desbalance entre estos dos ámbitos y plantear soluciones que tiendan a suplir las necesidades de cuidado de la población priorizada.

En efecto, el ejercicio de la masculinidad como una construcción social que varía conforme al contexto en la que se desarrolla, se distingue de aquellos contextos que se configuran “como práctica o configuración social de género, de los varones entendidos como sujetos individuales”. En éstas se insta a quienes son catalogados al nacer como hombres a seguir ciertos patrones de conducta asociados a lo masculino, siendo el principal dispositivo en la construcción de masculinidades la lucha por diferenciarse de lo catalogado socialmente como femenino.

Esto implica, por ejemplo, comportamientos como imponerse sobre “otros”, mediante comportamientos sexistas u homofóbicos. Así, uno de los objetivos de la inclusión de los hombres en las políticas públicas de género es “comprometerlos con el cambio hacia

relaciones de género igualitarias, entendiendo que si no cambian sus vidas difícilmente cambiarán las de las mujeres”.

De otra parte, se considera que las acciones asociadas a lo masculino y femenino son el resultado constitutivo de la organización social que se ha atribuido al cuidado, es decir en donde mujeres y hombres asumen diferentes responsabilidades en lo relacionado con el cuidado o en muchos casos se asigna solo a la mujer, es así como se evidencia que los patrones de masculinidad están más relacionados con la provisión de recursos económicos para la adquisición en el mercado de bienes y servicios para el sostenimiento del hogar; mientras, que los patrones de feminidad están determinados por la reproducción a través de vínculos sociales de cuidado no remunerado dentro del hogar , generando una desigualdad socio económica y de género. De aquí, la relación entre prácticas culturales entorno al cuidado y la distribución de labores de cuidado no remunerado entre hombres y mujeres.

### Distribución del trabajo de cuidados entre mujeres y hombres al interior del hogar.

Como se argumentó en el factor de análisis anterior, las acciones asociadas a lo que se considera masculino y femenino son el resultado constitutivo de la organización social que se ha atribuido al cuidado, es decir en donde mujeres y hombres asumen diferentes responsabilidades en lo relacionado con el cuidado o en muchos casos se asigna solo a la mujer, es así como se evidencia que los patrones de masculinidad están más relacionados con la provisión de recursos económicos para la adquisición en el mercado de bienes y servicios para el sostenimiento del hogar; mientras, que los patrones de feminidad están determinados por la reproducción a través de vínculos sociales de cuidado no remunerado dentro del hogar, generando una desigualdad socio económica y de género (Esquivel V. E., 2012).

Ahora bien, dado que actualmente la organización social de los cuidados está basada en una división sexual desigual del trabajo en donde las cargas de cuidados recaen principalmente en las mujeres, se evidencia que esta organización no es a la vez sostenible por los cambios en las tendencias demográficas que se vienen por un envejecimiento de la población. Esta realidad, requiere no solo a replantear los patrones de masculinidad y feminidad sino a la vez retos en el futuro próximo en cuanto a financiamiento del bienestar por un aumento de la demanda de cuidados y una distribución sexual desigual de los mismos.

Por esto, y en reconocimiento de la importancia de contar con la regulación sobre trabajo no remunerado y lineamientos de política que soporten dichas regulaciones, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018 reconoció que el trabajo doméstico y de cuidados no remunerados contribuye al desarrollo social; a su vez, en él se afirmó que el hogar es tanto demandante como proveedor de servicios de cuidado lo que permitió trazar unos antecedentes sobre la necesidad de cambiar la organización social de cuidados en el país.

Es así como en el PND 2018-2022 se llegó a plantear como objetivo el “desarrollo de una política pública de cuidado a través de la cual se fortalecerá la equidad de género para las mujeres y se reducirá la carga de cuidado que recae sobre las mujeres” y la generación de “un mecanismo de coordinación interinstitucional e intersectorial para la implementación de las acciones relacionadas con el cuidado con enfoque de género para las mujeres que integrará los sistemas cuya oferta se destina a población sujeta que provee y recibe cuidado” (p.1016).

## Oferta y calidad de servicios para el cuidado

El proceso de diseño de una política pública de cuidado requiere, entre otras cosas, la identificación de las políticas que de manera directa tienen como fin la asignación de responsabilidades de cuidado como insumo para construir una agenda intersectorial capaz de abordar el cumplimiento de los derechos de la población cuidadora y la sujeta de cuidado. En particular, las políticas dirigidas a la prestación de servicios de cuidado son entendidas como aquellas que redistribuyen parte del trabajo de cuidado no remunerado que realizan en especial mujeres con niños y niñas en edad preescolar, personas enfermas, con discapacidad o de edad avanzada al Estado, mercado o sector no lucrativo (DNP-BID, 2020).

En Colombia es importante resaltar que las intervenciones y medidas relacionadas con la provisión de servicios de cuidado para las poblaciones con mayores necesidades de cuidado, como lo son la primera infancia, la población con discapacidad y las personas adultas mayores se han dado a través de iniciativas legislativas y de política pública. Principalmente, se priorizan por ley: la primera infancia contempla los niños y las niñas entre cero (0) y seis (6) años de vida (Ley 1804 de 2016)<sup>3</sup>, la persona adulta mayor que cuenta con 60 años o más, o es mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen (Ley 1251 de 2008)<sup>4</sup>. Por su parte, la población con discapacidad reúne personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, a largo plazo, que interactúan con múltiples barreras que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones (DNP, 2013).

En materia de primera infancia, la Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia en Colombia, reconoce bajo el principio de corresponsabilidad que el cuidado de niños, niñas y adolescentes (NNA) trasciende las fronteras de las familias y los hogares e incluye en esta labor a la sociedad y al Estado. Por su parte, la Ley 1295 de 2009<sup>5</sup> plantea la necesidad de “contribuir a mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, y

---

<sup>3</sup>Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones.

<sup>4</sup>Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

<sup>5</sup> Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia, de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del Sisben.

las niñas y los niños menores de seis años vulnerables socioeconómicamente, de manera progresiva a través de una articulación interinstitucional que obliga al Estado a garantizarles sus derechos a la alimentación, la nutrición adecuada, la educación inicial y la atención integral en salud". Esta Ley fue derogada por la Ley 1804 de 2016 (DNP-BID, 2020); dejó un antecedente normativo en cuanto a corresponsabilidad del cuidado y servicios de cuidado integrales.

Los servicios de cuidado para la primera infancia trazaron como antecedente una tipificación de los mismos, en clave del desarrollo infantil, con un énfasis en los componentes de atención y educación. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se encuentran dentro de estos servicios los de Atención y Educación de la Primera Infancia (AEPI), entendidos como aquellos que contribuyen "a la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo y el aprendizaje de los niños, incluidas la salud, la nutrición y la higiene, así como al desarrollo cognitivo, social, afectivo y físico, desde el nacimiento hasta el ingreso en la enseñanza primaria" (OIT, 2019). Por último, es posible evidenciar que la oferta ha evolucionado hacia servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, que incluyen el cuidado como uno de los componentes de calidad, especialmente los servicios ofertados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

En relación con población con discapacidad receptora de servicios de cuidado, en el Artículo 1° de la Ley 1145 de 2007 se indica que "las normas consagradas en la presente Ley, tienen por objeto impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los Derechos Humanos." Posteriormente, dentro del reconocimiento de las distintas discapacidades, la Ley 1306 de 2009 busca garantizar los derechos para todos los individuos con discapacidad mental.

Adicionalmente, la Ley 1346 de 2009 en su Artículo 1° indica que "el propósito (...) es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente", adaptando para Colombia los lineamientos definidos por la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre las personas con discapacidad en 2006.

Esta ley fue reforzada por la Ley Estatutaria 1618 de 2013 "Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad". En el numeral 3 del artículo 8 "Acompañamiento a las familias" establece que "el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, o el ente que haga sus veces, deberá establecer programas de apoyo y formación a los cuidadores, relacionados con el cuidado de las personas con discapacidad, en alianza con el SENA y demás instancias que integran el sistema nacional de discapacidad".

Igualmente, en su Artículo 9° establece que “a fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, (...) y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales.”

En relación con los adultos mayores, el artículo 46 de la Constitución Política indica que “el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.” En el mismo sentido, en relación con envejecimiento y vejez, la Ley 1251 de 2008 tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, Plan de Viena de 1982, la Asamblea Mundial de Madrid y los diversos Tratados y Convenios Internacionales suscritos por Colombia.

Respecto a las garantías de cuidado de los adultos mayores, la Ley 1315 de 2009 establece las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centro de día e instituciones de atención. Así, en el Artículo 1° establece que “la presente ley busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social.”

## Recurso humano cualificado para el cuidado

Otro factor clave en el ámbito de la oferta y demanda de servicios de cuidado que merece análisis está relacionado con la existencia de programas de formación dirigidos expresamente a cualificar el cuidado, promoviendo programas de formación en otras especialidades que abren el margen de ocupaciones a las mujeres, detrayendo así su tiempo disponible para los cuidados domésticos.

La formación específica para el cuidado ofrece en el panorama internacional una enorme diferencia de rangos de cualificación. En algunos casos se trata de cursos de nivel universitario, vinculados con facultades de medicina, psicología, trabajo social, derecho, fisioterapia, entre otros. En el extremo opuesto, se encuentran los cursos breves de cualificación profesional, dirigidos principalmente a empleadas de hogar, ayudantes domiciliarios, familiares de enfermos o futuras amas de casa (ONU Mujeres, 2020). En Colombia ante las tutelas proferidas por algunos ciudadanos que demandan cuidado para pacientes en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los jueces ordenan

su provisión por parte de servicios de enfermería cualificados cuyo proveedor puede ser una mujer o un hombre, para periodos de 24 o 12 horas, para la atención de la población que a su juicio lo requiere. Lo que traza un antecedente ante la necesidad de definir la cualificación del recurso humano para el cuidado.

Se requieren entonces esfuerzos adicionales no sólo para garantizar la provisión del cuidado a la población con mayores niveles de dependencia, que por sí mismos no logran auto proveerse los cuidados requeridos para desarrollar actividades de la vida diaria o contar con un nivel adecuado de autonomía, sino también para establecer estándares de cualificación del recurso humano de manera tal que se pueda incidir en la calidad de los servicios de cuidado.

## Provisión de cuidados: La institucionalidad y el financiamiento

De la mano con el reconocimiento y la redistribución paritaria del trabajo de cuidados, otra práctica fundamental de las políticas de cuidado es el de reducir la carga desproporcionada que asumen las mujeres en el interior de los hogares, mediante la provisión de servicios accesibles, asequibles y de calidad. Esta práctica está relacionada con la ampliación de las coberturas a las necesidades básicas del cuidado, reduciendo la responsabilidad desde los hogares (ONU Mujeres, 2018).

La articulación para la provisión de servicios públicos y sociales básicos a los hogares permite la disminución del tiempo dedicado a las actividades de cuidados indirectos no remunerados, especialmente en las mujeres como principales proveedoras y en especial a aquellas que residen en las zonas rurales. En este sentido, la infraestructura física y doméstica se convierte en un factor fundamental para reducir las cargas de trabajo de las mujeres, pues el tener acceso a agua, a servicios de saneamiento, a espacios específicos para preparar alimentos, crea un mejor entorno para desarrollar las actividades domésticas que facilitan el trabajo de dichas actividades que requiere mayor dedicación de tiempo y esfuerzo físico, especialmente para las niñas y mujeres (DANE-ONU Mujeres, 2020).

Asimismo, el urbanismo entendido como el diseño, tipología y planeación de las ciudades, así como los usos de los espacios, la política de vivienda, las infraestructuras y los sistemas de transporte inciden en gran medida en la vida de las personas con afectaciones diferenciadas para mujeres y hombres (Sanchez, 2004).

En este sentido, la Ley Estatutaria 1618 de 2013 y en consecuencia la Política de Discapacidad e Inclusión Social (DNP, 2013) contempla los ajustes razonables desde la perspectiva de las Naciones Unidas, entendidos como “las adaptaciones y modificaciones necesarias que no impongan una carga desproporcionada o indebida (...) para garantizar el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con los demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”. Estos ajustes o adecuaciones han sido más evidentes en infraestructura física, transporte, comunicaciones y tecnologías de la información, transformaciones que se

han dado principalmente en las entidades públicas para facilitar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios públicos de esta índole.

Por ejemplo, Coldeportes publicó una Guía de diseño Accesible y Universal y el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio -MVCT en sus informes al Congreso de la República reporta haber incorporado en las “especificaciones técnicas de los programas de vivienda que promueve el gobierno nacional, el requisito de garantizar la accesibilidad de las personas con movilidad reducida”. Por su parte, Prosperidad Social cuenta con un programa de Infraestructura Social y Hábitat que “financia pequeñas y medianas obras como vías urbanas, espacios público, espacios comunitarios, mejoramientos de vivienda y soluciones para agua potable y saneamiento básico, con el fin de atender las necesidades de los grupos más vulnerables del país a través de la generación de entornos saludables, seguros y dignos, contribuyendo así a la superación de la pobreza y los objetivos de desarrollo sostenible” (Alcaldía Mayor de Bogotá , 2021). Este sector también expidió el Reglamento Colombiano de la Construcción Sismorresistente NSR-10, título K y el Decreto 1081 de 2015 relacionado con mecanismos de accesibilidad a edificaciones que permite definir aún más antecedentes alrededor de la provisión de servicios de cuidados.

En relación con la infraestructura para transporte, cabe resaltar que las necesidades de movilidad difieren entre hombres y mujeres y a su vez entre adultos y niñas y niños, como consecuencia de los roles socio-económicos asignados estructuralmente y a los patrones de uso, acceso y necesidades de movilidad (CEPAL, 2017). Las personas que trabajan en las tareas domésticas y de cuidado, mayoritariamente mujeres, desempeñan diariamente un trabajo que se desarrolla, tanto fuera como dentro del hogar, lo que genera dificultades para sincronizar sus responsabilidades familiares con los tiempos y las distancias.

Los patrones de movilidad de las mujeres se caracterizan por “cadenas de tareas”, en las cuales a los desplazamientos laborales se suman los relacionados con la compra cotidiana de alimentos, el acompañamiento de personas dependientes, gestiones administrativas, así como otras labores de cuidado. Ellas realizan múltiples viajes y generalmente se encuentran acompañadas de niños/as, personas con movilidad reducida o personas adultas mayores (patrón de desplazamiento poligonal). En contraste, los hombres tienen pautas de desplazamiento de tipo pendular, pues sus necesidades de transporte están definidas por motivos de empleo, ocio o deporte; sus paradas son limitadas y por lo general no se encuentran acompañados (Zucchini, 2015).

Dado que las mujeres se desplazan de forma poligonal y encadenada, y de manera distinta a los hombres, debido a que realizan varias actividades de la vida diaria para brindar cuidados a personas que dependen de ellas y para sí mismas. Ellas realizan recorridos entre varios espacios como del hogar al centro educativo o de salud, al parque, a los comercios y otros, a veces cortas distancias empleando el transporte público y supeditadas en gran medida a sus horarios y a la disponibilidad de los servicios. Por el contrario, los hombres se desplazan de forma pendular, es decir de ida y vuelta entre el empleo y el hogar.

En consecuencia, la restricción en su movilidad hace que las mujeres encuentren y acepten trabajos (algunos remunerados) cercanos a sus hogares para poder cumplir con sus actividades de provisión de cuidados al interior del hogar y menos oportunidades de acceder al mercado laboral remunerado. Esto no sólo se presenta en las ciudades, en las zonas rurales y dispersas las mujeres ven limitada su movilidad, aunado al hecho de que cada vez más las personas dependientes dependen de las mujeres para sus desplazamientos (Sanchez, 2004).

La agenda de desarrollo, en particular la meta del ODS 5.4 señala que una de las formas de reconocer y valorar el trabajo de cuidados no remunerado es mediante la provisión de servicios públicos, infraestructura y políticas de protección social bajo una lógica de proximidad territorial. En particular, el acceso a los servicios públicos domiciliarios es un elemento clave en el cuidado, puesto que su carencia aumenta la cantidad de tiempo destinado al trabajo de cuidado no remunerado que es requerido para satisfacer las necesidades de cuidado de las personas, especialmente la preparación de alimentos y la limpieza del hogar. No obstante, los ajustes para facilitar los trabajos de cuidado por parte de las personas cuidadoras no son tan evidentes y requieren de otro tipo de adecuaciones.

Respecto al espacio público, las calles se convierten en espacios de estancia en donde la seguridad no siempre prima, por lo que se convierte en un riesgo para el bienestar de las personas, principalmente para las mujeres como principales cuidadoras directas o indirectas de otras poblaciones que dependen de ellas como menores y personas mayores. Una ciudad “mejor distribuida” hace posible compartir y organizar el cuidado de las personas dependientes, al acercar los sitios visitados por las mujeres en función de su rol como proveedoras de cuidado, es decir, circuitos cortos de desplazamiento entre el hogar, los comercios o tiendas, parques, centros de salud o centros educativos que logren ser accesibles en términos físicos y económicos (Sanchez, 2004).

La inversión pública también juega un rol importante a la hora de articular los servicios públicos y sociales para el cuidado, pues al priorizar la construcción de grandes obras de infraestructura que apoyan la competitividad de las ciudades a nivel nacional e internacional, resultan perjudicadas las mujeres principalmente, pues se invierten menos recursos en transporte público, en equipamiento de barrios y comunidades, es decir, en el entorno próximo donde las mujeres cuidadoras se movilizan la mayor parte de su tiempo. En este sentido, la inversión en infraestructuras para la vida diaria es una muestra de voluntad política, porque evidencia la importancia del trabajo de cuidados y pone de manifiesto la necesidad de contar con espacios urbanos adecuados que mejoren las condiciones en las cuales se desarrolla este trabajo, con la relevancia que se otorga dándole la misma importancia que al trabajo productivo (Sanchez, 2004).

Por último, se debe reconocer que no todos los ajustes y adecuaciones implican nuevos espacios en las ciudades como tampoco altos presupuestos o recursos, puesto que algunos de los ajustes pueden darse a través de los servicios y atención a domicilio de varios servicios

asociados al cuidado indirecto (lavandería, comida, tareas domésticas, etc.), a través de adaptaciones ergonómicas en los hogares y por supuesto, desde la planeación territorial y planes urbanísticos con construcciones que prevean diseños aptos para todas las edades y condiciones físicas y de movilidad (Sanchez, 2004).

Los retos anteriormente señalados evidencian la necesidad de contar con una institucionalidad para el cuidado, la cual hace referencia a los arreglos, ajustes o cambios en el gobierno nacional y territorial para implementar de manera efectiva la política y demás instrumentos de planeación (programas, proyectos, planes, políticas públicas, etc.), partiendo de la misionalidad y funciones de las entidades del orden nacional y sus responsabilidades y competencias frente al cuidado, contando con una instancia de participación y retroalimentación de la sociedad civil. Como lo señala la CEPAL, la implementación de políticas de cuidado requiere “una institucionalidad sólida”, y mecanismos de articulación intersectorial (CEPAL, 2015), la cual debe contener una instancia rectora así como una instancia jurídica, organizacional y técnica u operativa (Martínez R., y Maldonado C. , 2015), en aras de la reducción del trabajo de cuidados no remunerado, asumido principalmente por las mujeres.

Como punto de referencia en la organización institucional para el cuidado, la reglamentación en Uruguay contempla un sistema de cuidado como el conjunto de acciones públicas y privadas que brindan atención directa a las actividades y necesidades básicas de la vida diaria de las personas que se encuentran en situación de dependencia. Comprende un conjunto articulado de nuevas prestaciones, coordinación, consolidación y expansión de servicios existentes, como asimismo la regulación de las personas que cumplen servicios de cuidados (IMPO , 2015).

En este sentido, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), aún persiste un rezago en cuanto a la institucionalidad para el cuidado en América Latina, y reconoce que Colombia ha avanzado en materia reglamentaria de trabajo no remunerado. Otros avances se evidencian en Ecuador, El Salvador y Perú (CEPAL, 2015) y Uruguay, México, Costa Rica, Paraguay, República Dominicana y Chile, entre otros (ONU Mujeres, CEPAL, 2020). Por su parte, el DANE y ONU Mujeres reconocen la necesidad de avanzar hacia un Sistema de Cuidados conformado por políticas intersectoriales y de mediano y largo plazo acompañado de una institucionalidad para organizar el accionar del sistema y la disponibilidad de recursos para complementar y definir su alcance y organización (DANE-ONU Mujeres, 2020).

Aunado a lo anterior, se evidencia un avance importante en las bases del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018, debido a que se ordenó desde ese entonces la creación del Sistema Nacional de Cuidados: “El Gobierno nacional, en cabeza del DNP, de manera coordinada con las entidades que integran la Comisión creada por el Decreto 2490 de 2013 y con el apoyo de las organizaciones sociales, la academia y el sector privado, creará las bases institucionales, técnicas y económicas, para desarrollar el Sistema Nacional de Cuidados a

partir de lo establecido en la Ley 1413 de 2010 y definirá una Agenda Nacional sobre Economía del Cuidado”.

A su vez, las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”, incluyeron en el capítulo XIV del Pacto de Equidad para las Mujeres el literal C relacionado con “El cuidado, una apuesta de articulación y corresponsabilidad”. Uno de los objetivos planteados es desarrollar una política pública de cuidado que contemple la articulación y coordinación de sistemas e instancias interinstitucionales que atiendan poblaciones sujetas de cuidado y de las personas cuidadoras.

Adicionalmente, propone la creación de la Comisión Intersectorial del Sistema de Cuidado, con el fin de “articular y coordinar la oferta entre distintos actores responsables del cuidado en Colombia, con la inclusión del enfoque de género para las mujeres en todas las acciones que de allí se deriven”. Finalmente, la Ley 1955 de 2019 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, imparte la instrucción de crear la Comisión Intersectorial del Sistema de Cuidado; y prioriza la política pública de cuidado incluida en el literal C del capítulo XIV del Pacto por la Equidad para las Mujeres.

Respecto a las poblaciones que por sus condiciones físicas, mentales y económicas son priorizadas de cuidado, los avances en materia de organización institucional que incluyen componentes y directrices de cuidado han sido más evidentes para la primera infancia y para la población con discapacidad.

Es así como en 2011 se creó la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIPI), cuyo propósito es gestionar de manera eficiente y efectiva la Política de Primera Infancia en Colombia, constituyendo así la instancia máxima de concertación y coordinación entre los diferentes sectores involucrados en dicha política. La CIPI está respaldada reglamentariamente por los Decretos 4875 de 2011 y Decreto 1416 de 2018 y conformada por entidades del orden nacional (Presidencia de la República, s.f.). De igual forma, el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) hace parte de la institucionalidad para la primera infancia y comprende el conjunto de agentes, instancias de coordinación y articulación y de relaciones existentes entre estos para dar cumplimiento a la protección integral de las niñas, niños y adolescentes y el fortalecimiento familiar en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal (ICBF, 2013).

Por otro lado, en 2007 se organizó el Sistema Nacional de Discapacidad (SND), regulado por la Ley 1145, con el fin de garantizar y coordinar la articulación de las políticas, los recursos y la atención a las personas con discapacidad a nivel nacional y territorial, facilitado la implementación de las políticas públicas en discapacidad y la participación de esta población en las decisiones y acciones que les competen (DNP, 2013). El Sistema a su vez está conformado por una instancia rectora, una instancia intersectorial como el Consejo Nacional de Discapacidad, y comités subnacionales (departamentales, municipales, distritales y locales) donde se articula la política pública. Además, cuenta con una secretaría y mesas

técnicas conformadas por entidades del orden nacional, academia, organizaciones de personas con discapacidad y sociedad civil, entre otros actores relevantes.

Por su parte, para la población adulta mayor los avances frente a arreglos institucionales se han dado de manera más atomizada y rezagada, pues los sectores como salud, inclusión social y trabajo han sido los pioneros en Colombia para diseñar e implementar políticas y programas para el adulto mayor. No obstante, mediante la Ley 1251 de 2008<sup>6</sup> se dio la directriz al Gobierno Nacional para crear el Consejo Nacional de Personas Mayores, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social. Este Consejo está conformado por entidades del orden nacional, entidades prestadoras de servicios para adultos mayores, asociaciones de sociedad civil, sector privado y entes de control, entre otros actores. En cumplimiento de la Ley, el Ministerio de Salud emitió el Decreto 163 de 2021 con el cual el Gobierno Nacional aprobó la creación del Consejo Nacional de Personas Mayores -CNPM, como órgano consultor de carácter permanente del Ministerio de Salud, en su labor de coordinación del desarrollo y ejecución de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

En línea con lo anterior, la CEPAL señala que, para implementar el enfoque de derechos, las políticas de cuidado deben consolidar al cuidado como un pilar de la protección social, bajo los principios de igualdad y solidaridad intergeneracional y de género, y de igual forma armonizarse y articularse con los marcos legales y regulatorios, políticas y programas bajo un sistema de cuidado y estar adecuadamente financiadas con recursos presupuestarios (CEPAL, s.f.).

Sin embargo, el actual Sistema de Protección Social (SPS) en Colombia no contempla la provisión de servicios de cuidado como uno de sus componentes, ya que se ha fundamentado teóricamente en el concepto de Manejo Social del Riesgo el cual considera a la gestión del riesgo como el mecanismo por excelencia para la prevención, mitigación y superación de los riesgos idiosincráticos (que afectan al individuo, como por ejemplo una enfermedad) y los riesgos covariantes (que afectan a hogares y comunidades al mismo tiempo, como por ejemplo una sequía). Para la mayoría de estos riesgos el SPS dispone de mecanismos de aseguramiento y políticas sociales de apoyo, y aunque la cobertura no es aún universal, la vocación del aseguramiento es universal complementado por una estrategia de promoción social focalizada en la población en situación de mayor vulnerabilidad.

Por último, las labores de cuidado requieren de un mayor reconocimiento dentro del SPS con ejercicios que aboguen por una protección social integral donde el cuidado sea una categoría nuclear. Igualmente, importante es la sostenibilidad de las políticas y sistemas de cuidados, que refiere a la capacidad de asegurar los recursos necesarios para financiar la política en el mediano plazo, considerando su cobertura futura de acuerdo con las tendencias demográficas. La carga financiera involucra los recursos del estado y de los individuos que se verán afectados, y la discusión sobre financiamiento de un sistema de cuidados abarca

---

<sup>6</sup> Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

aspectos como la distribución entre financiamiento público y privado, la distribución entre generaciones, o incluso entre hombres y mujeres.

Es importante señalar que no hay un modelo único y mejor en toda circunstancia para financiar los cuidados de larga duración, la opción o combinación de opciones escogida debe adaptarse al contexto demográfico, macroeconómico y fiscal del país, así como tener en cuenta los factores culturales o preferencias de la población. En cualquier caso, la experiencia de los países que más han avanzado en el desarrollo de sistemas de cuidado, especialmente en lo referido a cuidados de larga duración, han recurrido a soluciones colectivas que implican que los individuos comparten riesgos. Es importante diferenciar en esta discusión las dimensiones de financiamiento y provisión: el financiamiento público o privado, es decir cómo se pagan los servicios, no necesariamente implica la provisión pública o privada del servicio, es decir cómo se produce o entrega el cuidado (BID-DNP, 2021).

En su análisis de los mecanismos de financiamiento de los servicios de CLD, Costa-Font et al (2015) distinguen las formas de financiamiento según si ese financiamiento se concreta antes de que surja la necesidad de cuidado (ex – ante) o con posterioridad (ex – post). Los mecanismos ex – ante incluyen el aseguramiento, que puede ser privado o social. Los mecanismos ex -post, es decir una vez que la situación de dependencia está presente, incluyen el financiamiento a través de impuestos, o el financiamiento a través de los esfuerzos de las personas dependientes o sus hogares, ya sea con sus activos personales, sus ahorros o los aportes de los familiares. En el caso del aseguramiento social y de los impuestos, opera un desacople entre lo que quienes financian la prestación y quienes la reciben, o entre las contribuciones y los beneficios. Así, los individuos de una sociedad pueden realizar contribuciones para un seguro social o pagar impuestos, y finalmente no ser beneficiarios del sistema, porque no presentan períodos de dependencia durante su vida.

De la misma forma, individuos que han contribuido y presentan episodios de dependencia, pueden recibir beneficios o prestaciones de valor superior o inferior a sus contribuciones, es decir opera una redistribución y por lo tanto una socialización de los riesgos de la dependencia y sus costos asociados. En el caso del financiamiento con fondos personales o familiares, y en menor medida con los seguros privados, la calidad/duración de la prestación dependerá básicamente de la capacidad de pago individual.

Los mecanismos redistributivos son diferenciales: mientras que los pagos por el seguro social se basan en los ingresos, los pagos por aseguramientos privados se basan en el riesgo individual. En el caso del financiamiento a través de impuestos, la progresividad o regresividad del sistema impositivo se traslada al financiamiento del cuidado. Cualquier mecanismo de financiación público puede cubrir parcialmente las necesidades previstas de recursos, y complementarse con otros mecanismos como gasto de bolsillo de los hogares o aseguramiento privado. En la realidad, priman los modelos híbridos, que además se van ajustando en el tiempo (BID-DNP, 2021).

Teniendo presente que las políticas de cuidado están encaminadas a desarrollar acciones relacionadas con la organización social y económica del trabajo para proveer de manera efectiva el bienestar físico y emocional diario de aquellas personas sujetas de cuidado con altos niveles de dependencia<sup>7</sup> y a su vez, a las personas proveedoras de cuidado no remuneradas, principalmente mujeres, se debe considerar los instrumentos que permitan garantizar la provisión y acceso a servicios, tiempo y recursos para la provisión del cuidado, articulando dichos instrumentos en marcos regulatorios y de calidad del servicio (CEPAL, s.f.).

Al respecto y en materia de financiamiento, la Ley 100 de 1993 estableció que la provisión obligatoria de servicios sociales complementarios debe desligarse del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en un marco de corresponsabilidad entre los demás sectores del gobierno nacional a través de su oferta social, así como con la corresponsabilidad de las familias para la provisión del cuidado al interior del hogar. En este sentido, es indispensable un mayor nivel de recursos para la financiación y sostenibilidad de las políticas de cuidado, acompañado de voluntad política del gobierno nacional. No obstante, en dicho marco de corresponsabilidad, el financiamiento de los servicios de cuidado no puede darse únicamente a través de los recursos públicos, pues el sector privado, la comunidad y los hogares son agentes dinámicos y en últimas las personas también deben propender por suplir su cuidado en la medida de sus posibilidades y condiciones sociales, culturales y económicas.

Por su parte, la Ley 48 de 1986<sup>8</sup>, Ley 687 de 2001<sup>9</sup>, Ley 1276 de 2009<sup>10</sup> y la Ley 1850 de 2017<sup>11</sup> han creado y modificado lo relacionado con la Estampilla para el bienestar del Adulto Mayor ratificando el funcionamiento territorial de las acciones y los recursos para este grupo poblacional. En particular, la ley 1850 de 2017 también ha reforzado las medidas sancionatorias y la infraestructura del Estado para implementarlas sobre las personas en la esfera de hogares que no brinden el cuidado requerido por los adultos mayores en condición de abandono, descuido o violencia intrafamiliar y la ley 1315 de 2009 busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social.

Dado lo anterior, Colombia requiere avanzar en el reconocimiento, redistribución y reducción del trabajo de cuidados no remunerado, principalmente asumido por las mujeres y ampliar la provisión del mismo a la población más vulnerable por sus condiciones

---

<sup>7</sup> Determinado por el instrumento definido para tal fin.

<sup>8</sup> Por la cual se autoriza la emisión de una estampilla pro-construcción, dotación y funcionamiento de los centros de bienestar del anciano, se establece su destinación y se dictan otras disposiciones.

<sup>9</sup> Por medio de la cual se modifica la Ley 48 de 1986, que autoriza la emisión de una estampilla pro-dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad, se establece su destinación y se dictan otras disposiciones.

<sup>10</sup> A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.

<sup>11</sup> Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009 y 599 de 2000, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones.

económicas y sus niveles de dependencia bajo un esquema de protección social que visibilice y reconozca el rol de las mujeres en la provisión de los mismos dentro y fuera del hogar y que a la vez tenga definido un marco institucional económicamente y socialmente sostenible.

## Marco regulatorio sobre cuidado en Colombia

La Constitución Política (CP) en el artículo 1º, indica que “Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”. En este sentido la acción del Estado debe dirigirse a garantizar condiciones de vida dignas. Es decir, con este concepto se resalta que la voluntad del Constituyente en torno al Estado no se reduce a exigir de éste que no interfiera o recorte las libertades de las personas, sino que también exige que el mismo se ponga en movimiento para contrarrestar las desigualdades sociales existentes y para ofrecerle a todas las oportunidades necesarias para desarrollar sus aptitudes y para superar los apremios materiales” (Sentencia SU-747 de 1998. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz).

Asimismo, en los Artículos 48 y 49 de la CP establecen los lineamientos sobre la prestación de salud y la seguridad social como servicio público. En el Artículo 48 se establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. A su vez, el Artículo 49 establece que la atención de la salud y saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Así, se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Por otra parte, la Ley 100 de 1993 crea el Sistema de Seguridad Social Integral. La ley define al sistema como: “(...) el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.”

Adicionalmente, la Ley 789 de 2002 estableció el Sistema de Protección Social en Colombia y lo define como “El conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo”. El sistema de protección social en Colombia ha migrado de un enfoque de asistencia social, entendida como caridad, a un enfoque de asistencia y previsión social como derecho, en el cual se enfatiza la igualdad de derechos y el reconocimiento de diversidades sociales y culturales. De igual modo, en la Ley 361 de 1997 “el Estado garantizará y velará por que en su ordenamiento jurídico no

prevalezca discriminación sobre habitante alguno en su territorio, por circunstancias personales, económicas, físicas, fisiológicas, psíquicas, sensoriales y sociales.”

En este orden de ideas, reconociendo las desigualdades de género, la Ley 1257 de 2008, indica en su artículo 12 que “el Ministerio de la Protección Social, además de las señaladas en otras leyes, tendrá las siguientes funciones: 1. Promoverá el reconocimiento social y económico del trabajo de las mujeres e implementará mecanismos para hacer efectivo el derecho a la igualdad salarial. 2. Desarrollará campañas para erradicar todo acto de discriminación y violencia contra las mujeres en el ámbito laboral. 3. Promoverá el ingreso de las mujeres a espacios productivos no tradicionales para las mujeres”.

De otro lado, la Ley 1413 de 2010, “Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país, y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas”, es el principal referente legal sobre la Economía del Cuidado en Colombia. En el marco de esta ley se han realizado tres mediciones de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT), la primera entre 2012 – 2013, la segunda 2016 – 2017 y la tercera 2020-2021, estas mediciones junto con la creación de la cuenta satélite de economía del cuidado permitieron valorar la contribución del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, y estimar la contribución de las mujeres al producto interno bruto del país.

Adicionalmente, mediante la Ley 1595 de 2012 se aprueba el “Convenio sobre el Trabajo Decente para las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos, 2011 (número 189)”, que fue adoptado en Ginebra, Confederación Suiza, en la 100ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo en 2011. En esta ley se “reconoce la contribución significativa de los y las trabajadoras domésticas a la economía mundial, que incluye el aumento de las posibilidades de empleo remunerado para las trabajadoras y los trabajadores con responsabilidades familiares, el incremento de la capacidad de cuidado de las personas de edad avanzada, los niños y las personas con discapacidad, y un aporte sustancial a las transferencias de ingreso en cada país y entre países”. A su vez, en el Artículo 3 establece que “todo miembro deberá adoptar medidas para asegurar la promoción y la protección efectivas de los derechos humanos de todos los trabajadores domésticos, en conformidad con las disposiciones del presente Convenio”.

Finalmente, la Ley 1955 de 2019 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia. Pacto por la Equidad”, señala en su artículo 222 la creación de la Comisión Intersectorial del Sistema de Cuidado; y prioriza la Política Nacional de Cuidado al incluir, en el capítulo XIV del Pacto por la Equidad para las Mujeres, el literal C, relacionado con “El cuidado, una apuesta de articulación y corresponsabilidad”. Así, se expidió el Decreto 1228 de 2022 “Por medio del cual se crea la Comisión Intersectorial de la Política Nacional de Cuidado y se dictan otras disposiciones para su funcionamiento”.

## Justificación

A pesar de los avances en materia regulatoria y de intervenciones de política anteriormente expuestos, aún persisten retos para la Política Nacional de Cuidado en Colombia, derivados de un conjunto de factores que, en términos de magnitud y complejidad, han llevado a lo que se denomina en la literatura “la crisis del cuidado”, es decir situaciones adversas que están poniendo en riesgo la actividad del cuidado tanto para las personas sujetas de cuidado como para las personas cuidadoras, entre los cuales se identifican principalmente: i) cambios en la dinámica poblacional del país, ii) déficit de oferta y calidad de servicios para el cuidado, iii) responsabilidad del cuidado que recae principalmente en las mujeres; iv) impactos económicos del cuidado y v) fragmentación de la institucionalidad entorno al cuidado. Para atender estos desafíos, la Política Nacional de Cuidado se estructura en tres ejes: Reconocimiento, Redistribución y Reducción del trabajo de cuidados no remunerado.

## MARCO CONCEPTUAL

Del trabajo adelantado por el DNP (DNP, 2017), (DNP, 2018), (DNP, 2019), (DNP, 2019b) (DNP, 2019c) (DNP, 2019d), y (DNP, 2020) junto con otras publicaciones especializadas, se presentan los desarrollos conceptuales adoptados por la Política Nacional de Cuidado.

**Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).** Comprenden actividades como bañarse, vestirse y levantarse y acostarse, durante un período prolongado de tiempo (OIT, 2019).

**Autocuidado.** Comprende las acciones en distintas dimensiones de la vida que permiten obtener equilibrio y bienestar personal. El autocuidado y el cuidado de otros debe ser en interacción recíproca de cuidados mutuos, y es necesario para desarrollar la posibilidad del cuidado del otro sin descuidarse a sí mismo (Rae Jacobson, s.f.).

**Autonomía personal.** Es la capacidad de una persona (moral o decisoria) para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir consecuencias de las mismas (Fraguas, 2004). La autonomía como capacidad, es el conjunto de habilidades que tiene una persona para tomar sus propias decisiones, se adquiere mediante aprendizaje individual y con la interacción social de su entorno. La autonomía como derecho comprende la garantía de que las personas, más allá de sus capacidades, puedan desarrollar sus proyectos de vida con base en su identidad personal y control sobre ellas mismas. Para personas con grave afectación, el derecho a la autonomía es ejercido de manera indirecta por personas cuidadoras.

**Cuidado.** Acción o acciones que satisfacen las necesidades básicas de las personas en su vida diaria, y en todos los momentos del curso de vida. Las acciones de cuidado garantizan la supervivencia social y orgánica de las personas, y se constituyen por interacciones de ellas

con el entorno, con otras personas y consigo mismas (IMPO , 2015). Los cuidados, hacen también referencia a servicios de asistencia y/o apoyos dirigidos a personas que no pueden valerse por sí mismos para realizar actividades en su vida diaria ya sea por un proceso de construcción de autonomía o pérdida de la misma (Ley 1346 de 2009). Por otro lado, el concepto de cuidado comporta una doble dimensión. Por un lado, aborda el derecho de recibir cuidados de las personas que lo requieren, por el otro incluye el acto de cuidar, como una función necesaria para la reproducción de la sociedad, pero, que debe realizarse bajo condiciones de calidad e igualdad.

**Cuidado Directo.** Involucra relaciones interpersonales y requieren exclusividad y continuidad de tiempo para el desarrollo de las actividades asociadas, que implica menor disponibilidad del mismo para ser invertido en otros ámbitos de la vida diaria u otras actividades. En este sentido la actividad-funcionalidad de cuidados y apoyo de personas hace parte del cuidado directo (DANE-ONU Mujeres, 2020).

**Capacidad funcional.** Atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar. La capacidad funcional se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características medioambientales pertinentes y las interacciones entre el individuo y estas características. (OMS, 2001) (OMS, 2015).

**Cuidado Indirecto.** A diferencia del cuidado directo, los indirectos no requieren de relaciones interpersonales entre los cuidadores y las personas que demandan cuidados. Las actividades -funcionalidades- que hacen parte de este tipo de cuidado son: suministro de alimentos, mantenimiento de vestuario, limpieza y mantenimiento del hogar, compras y administración del hogar y voluntariado (DANE-ONU Mujeres, 2020).

**Dependencia de cuidados.** Según la clasificación internacional de Funcionamiento, discapacidad y salud (ICF -International Classification of Functioning, Disability and Health), publicada por la OMS el 2001 la dependencia de cuidados hace referencia a la disminución de la capacidad funcional de una persona a tal punto que esta, ya no es capaz de llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria sin ayuda (OMS 2011, OMS 2015).

La dependencia también puede ser entendida como la situación en la que una persona con discapacidad requiera de ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad; la dependencia es variable y dependerá entre otras cosas de estados de salud transitorios y -significativamente- de los factores del contexto real (personal o ambiental) en el que se desenvuelve la persona en cuestión. Teniendo en cuenta que la persona podrá tanto mejorar o empeorar su situación de dependencia.

**Dependencia funcional.** Necesidad por parte de una persona de requerir ayuda o asistencia de un tercero para las actividades de la vida diaria o el estado en el que se encuentra una persona la cual, por razones determinadas por falta o pérdida de autonomía física, psíquica,

intelectual, requiere de asistencia o ayudas significativas para realizar las actividades corrientes de la vida cotidiana y las de cuidado personal. Así las cosas, por medio de esta definición que ha sido ampliamente aceptada en el marco internacional, se habla de una situación de dependencia funcional cuando concurren tres factores: 1. Existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que afecta determinadas capacidades de la persona; 2. Incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades básicas de la vida diaria; 3. Necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero. Las situaciones de dependencia se pueden graduar con escalas que son cambiantes en el tiempo según el grado de estabilidad y situación de cada persona (Consejo de Europa, 1998) (OMS, 2001) (González, 2004), (OMS, 2015).

**Economía del Cuidado.** Comprende las relaciones sociales de producción, distribución, intercambio y consumo de servicios de cuidado, de tipo mercantil o no mercantil, influenciadas por la historia, cultura, ideología e instituciones. Se relaciona con el trabajo doméstico no remunerado en actividades como el mantenimiento de la vivienda, cuidados a otras personas del hogar y el mantenimiento de la fuerza de trabajo remunerado (DANE, 2017). En la economía del cuidado se agrupan las actividades y relaciones que generan bienestar en el hogar y en sus integrantes, que contemplan la provisión y preparación de alimentos, apoyo en la educación en el hogar, el cuidado de la salud de sus integrantes y el afecto y apoyo emocional en la familia (CEPAL-ONU, 2018).

**Pérdida de autonomía.** Pérdida de características físicas (pérdida de autonomía funcional) o mentales (pérdida de autonomía cognitiva) que reducen las capacidades de las personas para llevar a cabo actividades de la vida diaria que acostumbran a realizar. La pérdida de autonomía se mide con rangos graduados y validados (Haveman, R. & Wolfe, B.; 2000).

**Persona cuidadora.** Es la persona que provee servicios de cuidado a personas con necesidades de cuidado según sus niveles de autonomía y dependencia.

**Persona sujeta de cuidado.** Son todas las personas que independientemente de su edad, género o condición de salud requieren atención. Todos los seres humanos son sujetos de cuidado.

**Políticas de cuidado.** En términos de política pública, se busca acotar el concepto, considerándose políticas de cuidado aquellas acciones públicas orientadas a la organización del trabajo de atención y asistencia de las personas en situación de dependencia para que puedan realizar las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria- siendo también las personas que cuidan sujetos de estas políticas. Bajo este concepto se incluyen medidas que garanticen el acceso a servicios, tiempo y recursos para que las personas puedan cuidar y ser cuidadas en condiciones de calidad e igualdad (CEPAL, 2020).

Las políticas de cuidado asignan recursos, servicios o tiempo para reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidado no remunerado. Estas políticas son transformadoras si y

solo si garantizan los derechos humanos, la agencia, la autonomía y el bienestar tanto de quienes cuidan (de manera remunerada o no remunerada) como de quienes reciben cuidados. Se identifican cuatro principios fundamentales que sirven de soporte a las políticas de cuidado transformadoras: i) deben ser sensibles con respecto al género y estar basadas en los derechos humanos; ii) deben ser universales y proporcionar prestaciones suficientes y equitativas; iii) deben procurar que el Estado tenga la responsabilidad general y primordial; y iv) deben basarse en el diálogo social y en la representación (OIT, 2019).

**Trabajo Doméstico y de Cuidado no Remunerado (TDCnR).** Conjunto de actividades humanas realizadas con el fin de producir servicios de cuidado para satisfacer las necesidades básicas de terceras personas o para uso final propio<sup>12</sup>. Este tipo de trabajo hace parte de la Cuentas Satélite de Economía del Cuidado y está integrado por seis funcionalidades (suministro de alimentos, mantenimiento de vestuario, limpieza y mantenimiento del hogar, cuidados y apoyo de personas, compras y administración del hogar y voluntariado) (DANE-ONU Mujeres, 2020).

## Enfoques de la Política Nacional de Cuidado

La Política Nacional de Cuidado se rige por los siguientes enfoques conceptuales:

**Enfoque de Género.** Se entiende como la incorporación de la perspectiva de género a través de los procesos (normas, políticas, programas, proyectos, etc.) que sopesan y reconocen las consecuencias para las mujeres y los hombres de las intervenciones y medidas que se implementan en todos los niveles de planeación. Tiene como fin que tanto mujeres y hombres se beneficien por igual y de igual forma busca evitar la desigualdad e inequidad de género. El enfoque de género en el largo plazo se traduce en transformaciones institucionales, sociales, normativas, culturales y comunitarias (ONU Mujeres, s.f.).

**Enfoque de Curso de Vida.** Se entiende como el reconocimiento de los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano depende de la interacción de diferentes factores y como resultado de múltiples experiencias acumulativas, decisiones y situaciones influenciadas por el contexto en el transcurso de la vida de las personas. La incorporación de este enfoque en las políticas públicas busca intervenir oportunamente en cada generación para repercutir en las siguientes y lograr que los mayores beneficios de un momento vital se deriven de intervenciones hechas en un período anterior (MSPS, 2015).

**Enfoque participativo.** Expresión dada a través de aquellas instancias, modalidades que permiten la intervención de la sociedad civil en la conformación, ejercicio y control de los

---

<sup>12</sup> Se diferencian de las actividades de ocio en la medida en que podrían ser reemplazadas por bienes de mercado o servicios pagados, si circunstancias tales como ingreso, condiciones de mercado o inclinaciones personales permitieran que el servicio fuera delegado en una tercera persona (DANE, 2017).

asuntos públicos. Pueden tener su origen en la oferta institucional o en la iniciativa ciudadana (Ley 1757 de 2015).

**Enfoque de derechos.** Implica el diseño de políticas públicas que faciliten el goce de los derechos económicos y sociales y culturales (DESC) de toda la población. Implica elementos como la igualdad y no discriminación, progresividad y no retroceso, uso de los máximos recursos disponibles, integralidad, institucionalidad, participación, transparencia y acceso a la información y la rendición de cuentas. Emplea la focalización como instrumento para lograr la universalización como fin (CEPAL, 2017).

## Principios de la Política Nacional de Cuidado

La Política Nacional de Cuidado se rige por los siguientes principios de política pública:

**Principio de Progresividad<sup>13</sup>.** El principio de progresividad supone el compromiso por parte del Estado de iniciar procesos que conlleven al goce efectivo de los Derechos Humanos de la población, obligación que se suma al reconocimiento de unos contenidos mínimos o esenciales de satisfacción de esos derechos que el Estado debe garantizar a todas las personas e ir acrecentándolos paulatinamente (Corte Constitucional, 2013). Implica que tanto la eficacia y cobertura de la prestación de los derechos constitucionales debe ampliarse de manera gradual y de acuerdo con la capacidad económica e institucional del Estado en cada momento histórico (Corte Constitucional, 2008).

**Principio de equidad.** Orientado a que el Estado obre de manera justa en cada caso concreto, conforme a las necesidades específicas y propias del mismo, lo anterior mediante a la incorporación de medidas específicas para la persona o población cuyos derechos han sido vulnerados. Este trato justo asegura una igualdad real, sustantiva o de hecho, aun cuando las personas sean o estén bajo situaciones diferentes (INSMUJERES, 2011).

**Principio de Coordinación.** Este principio implica que “las autoridades administrativas deben garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los fines y cometidos estatales. En consecuencia, prestarán su colaboración a las demás entidades para facilitar el ejercicio de sus funciones y se abstendrán de impedir o estorbar su cumplimiento por los órganos, dependencias, organismos y entidades titulares.” (Artículo 6 de la Ley 489 de 1988).

---

<sup>13</sup> En el principio de progresividad en los derechos sociales “Es importante señalar en este análisis que la Corte Constitucional (sentencia C-040 de 2004) ha reconocido que el principio de progresividad se incumple no solamente por retroceder en los alcances ya reconocidos, sino, en palabras de Rodolfo Arango, “(...) por ‘quedarse quieto’ frente al mandato de ampliación de la cobertura del servicio de salud hasta alcanzar su universalidad” (2006, p.163). En la sentencia analizada por Arango se incluyen tres elementos que resultan importantes para la valoración de la Ley Estatutaria como expresión de derechos sociales y la respectiva exigencia de progresividad: el principio de cota inferior o mínima, que se entiende como el no desconocimiento del contenido esencial del derecho; “el principio de ampliación progresiva y el principio de prioridad del gasto público social sobre otras asignaciones” (Arango, 2006, p.163).

**Principio de Corresponsabilidad.** Este principio está orientado a lograr la complementariedad, la subsidiaridad y la concurrencia de todos los sectores, incluyendo el Estado, la sociedad civil organizada y no organizada, empresa privada, academia y en dado caso, las agencias de cooperación internacional (DNP-ESAP-USAID, 2011).

**Principio de Sostenibilidad.** El Estado debe garantizar la permanencia y proyección de este proceso, para lo cual debe proporcionar recursos técnicos, financieros, administrativos, institucionales y humanos para la implementación de la Política Nacional de Cuidado, de acuerdo a la temporalidad o duración, a las metas propuestas y a la cobertura (DNP, 2018).

**Principio de universalidad.** reconoce que todos los seres humanos tienen los mismos derechos por su condición de ser humano, independientemente de donde vivan, quienes sean, así como su situación o características personales. El principio de la universalidad está directamente relacionado con principios fundamentales de los derechos humanos como la interdependencia, la indivisibilidad, la igualdad y la dignidad (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, s.f.). Por política universal, se entiende por lo tanto medidas que garanticen el acceso con calidad a todas las personas a un determinado derecho bajo la aplicación de un esquema de progresividad.

## Ejes de la Política Nacional de Cuidado

La Política Nacional de Cuidado se estructura en los siguientes ejes o dimensiones:

**Reconocimiento del trabajo de cuidados.** Consiste en reconocer, visibilizar y valorar las actividades realizadas al interior del hogar catalogadas como trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, necesario para el bienestar y progreso de cualquier sociedad, economía, que centra al hogar como la principal fuente y receptor de servicios de cuidado (ONU Mujeres, 2018).

**Reducción del trabajo de cuidados no remunerados.** Implica la reducción de los tiempos y roles de cuidados asumidos por las mujeres a través de adaptaciones de la infraestructura y otros servicios que reducirían las necesidades del trabajo doméstico y de cuidado, y de esta forma la participación desproporcionada de trabajo no remunerado asumido por las mujeres en los hogares (ONU Mujeres, 2018).

**Redistribución del trabajo de cuidados no remunerado.** Finalmente, la redistribución consiste en distribuir de manera más justa y equilibrada el trabajo de cuidados no remunerado y las responsabilidades domésticas entre mujeres y hombres, así como el ejercicio de la paternidad responsable (ONU Mujeres, 2018).

# DIAGNÓSTICO

## Desconocimiento e invisibilización del trabajo de cuidados no remunerado asumido por las mujeres como sector económico.

Tal como lo señalan el DANE y ONU Mujeres, las brechas de género en cuanto al trabajo de cuidado no remunerado en Colombia son importantes y su reconocimiento es útil para visibilizar y resaltar la importancia de la economía del cuidado. Así, el aporte del trabajo doméstico y de cuidados como porcentaje del PIB es mayor que la del sector comercio completo o el sector de la administración pública. “Si este sector se pagara, sería el más grande de la economía, pues todos los hogares lo requieren y lo producen” (DANE - ONU Mujeres, 2020c).

Así, “El trabajo doméstico y de cuidado no remunerado es esencial y genera un valor económico real”. Con la información de la Cuenta Satélite de Economía de Cuidado (CSEC), que muestra la relación entre la economía del cuidado y el resto de la economía y la forma en que se distribuye el tiempo para el trabajo en ambos ámbitos, permite realizar la comparación con los valores agregados brutos de los sectores de comercio y la industria manufacturera, quienes son los que más aportan al crecimiento económico en el país (162.507 millones de pesos y 110.424 millones de pesos respectivamente), el valor del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado fue de 185.722 millones de pesos en 2017, del cual las mujeres producen el 77%. Del valor total, el suministro de alimentos y las actividades de limpieza del hogar, son las que mayor valor económico presentan las cuales son desarrolladas principalmente por mujeres (DANE-ONU Mujeres, 2020b).

Asimismo, el valor económico estimado se expresa como porcentaje del PIB, lo cual no implica que el valor económico del TDCNR participe en el PIB o haga parte de su composición. Este cálculo se realiza para contar con un orden de magnitud para los resultados obtenidos a partir de cada método de valoración y, además, es un indicador que varios países reportan. Es importante resaltar que la creación de la Cuenta Satélite del Trabajo no Remunerado realizado por los hogares no es un fin en sí mismo, sino un medio para comprender mejor las dinámicas económicas que tienen lugar dentro de los hogares, entre estos y con respecto al resto de la economía, lo que resulta fundamental para incorporar el enfoque de la economía del cuidado en el análisis del sistema económico en su conjunto (CEPAL, 2017).

De acuerdo con las Naciones Unidas (ONU Mujeres, 2020), ningún sector económico produce tantos empleos y ofrece tan buenas utilidades como la inversión en cuidados. En efecto, este sector se ha comparado con el sector de la construcción, otro de los considerados más eficaces en la relación entre inversión y creación de empleos siempre que el tiempo de trabajo liberado del cuidado no va a poder invertirse en el mercado laboral.

Es lo que sucedería si el tiempo de trabajo de cuidado liberado en los hogares correspondiese a personas ya jubiladas o a personas que no van a encontrar empleo sino que van a añadirse a la población desempleada. Los cálculos sobre el multiplicador de empleo en el sector de cuidados suelen tomar como referencia empleos muy mal remunerados, con baja cobertura de la seguridad social, que están lejos de lo que la OIT llama “empleo decente”. En este contexto, la economía del cuidado evidencia mayores complejidades de las que se pueden observar en el ámbito económico común, pues las mujeres tienen un rol importante como prestadoras de servicios de cuidado no remunerado en los hogares que no se visibiliza ni se contabiliza en un sistema tradicional de cuentas nacionales, siendo ignorado su aporte en términos de relaciones, transacciones, esfuerzos y energía en la economía total (CEPAL-ONU, 2018).

Por otra parte, la oferta de servicios de cuidado que ofrece el mercado mediante empresas privadas ha venido en aumento. No obstante, ésta se centra en las ciudades capitales, se focaliza en servicios para el cuidado de niñas y niños, y en menor medida en el de personas adultas mayores, adicionalmente debido a los precios establecidos son accesibles sólo para hogares con alta capacidad de pago. Al respecto, es clave destacar que no se cuenta con un registro de instituciones que brinden servicios de cuidado y al no estar reguladas no hay claridad sobre los servicios que producen y las obligaciones que implican.

Adicionalmente, se evidencia la importancia de la contribución a la economía del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado realizado en los hogares. A partir de los resultados de la Cuenta Satélite de Economía del Cuidado desarrollada por el DANE con base en la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2017 identificó que el valor económico del trabajo doméstico de cuidado no remunerado en Colombia como porcentaje del PIB a precios corrientes es del 20%. La participación del empleo en las ramas de actividad del cuidado equivale al 13,3 % en el total de los ocupados (OIT, 2018).

Por otro lado, se estima que, si los hogares contratan los servicios domésticos y de cuidado, que realizan especialmente las mujeres de forma gratuita, tendrían que pagar aproximadamente el 40% de todos los salarios pagados en el total de la economía. Estas cifras son reveladoras en la medida que no solo permiten identificar el aporte del cuidado a la economía, sino que dimensionan el potencial existente para que las actividades y sectores relacionados con el cuidado se conviertan en una importante fuente de crecimiento para el país mediante una mayor participación del estado y del mercado.

Finalmente, la invisibilidad y devaluación del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado se vincula estrechamente al hecho de que tradicionalmente no ha sido reconocido ni pagado y además es percibido como una capacidad natural e implícita al rol de las mujeres en la sociedad. De esta forma, se le asigna un bajo valor con la premisa que no requiere habilidades específicas y las mujeres pueden realizarlo sin ninguna formación para ello. En este sentido, se hace necesario reconocerlo así como su aporte económico como un eje central del nuevo modelo de desarrollo (ONU Mujeres, 2018).

## Feminización del cuidado e imaginarios y prácticas culturales desiguales e inequitativas entre mujeres y hombres en torno al cuidado

En cuanto a la distribución desigual del trabajo de cuidados entre mujeres y hombres al interior del hogar, el cuidado se distribuye de modo muy desigual al interior de los hogares en Colombia. Las principales diferencias son de género, estatus socioeconómico, residencia en zonas urbanas o rurales, edad e ideología, pues la persistencia de imaginarios sociales y culturales sobre el rol de la mujer dentro del hogar, la ausencia de incentivos para la formación de mujeres en todos los sectores de la economía y la persistencia de barreras organizacionales agravan esta situación (ONU Mujeres, 2020).

El modelo familista de cuidado, y su inequitativa división sexual del trabajo ha generado que las mujeres tengan barreras para su progreso en los diferentes ámbitos de sus vidas, generando consecuencias negativas en materia de oportunidades económicas, de autonomía y de igualdad. En Colombia, según la ENUT 2016-2017, 89.5% de las mujeres dedican en promedio 7 horas y 14 minutos a trabajos de cuidado diariamente, y en el caso de los hombres la participación en estas actividades corresponde a 61% destinando en promedio 3 horas y 25 minutos.

Según esta misma encuesta, durante la pandemia provocada por el Covid-19 en el periodo entre septiembre 2020 y agosto 2021, los tiempos dedicados diariamente en promedio a actividades de trabajo no remunerado presentan su mayor carga en las mujeres de 30 a 39 años que dedican en promedio 10 horas y 47 minutos, y en las mujeres de 18 a 29 años que dedican en promedio 9 horas y 51 minutos.

Las actividades de cuidado indirecto donde se observan mayores brechas, tanto en participación como en uso del tiempo, se encuentran en: suministro de alimentos, mantenimiento de vestuario y limpieza y mantenimiento. La participación de las mujeres equivale a cinco veces la participación de los hombres (

Tabla 1). En este sentido, estos resultados muestran la desigual distribución de las actividades de trabajo doméstico y de cuidado entre hombres y mujeres. (DANE, 2017).

Frente al cuidado directo, de acuerdo al DANE un 8.6 millones de personas en el país desarrollan este tipo de actividades, por sexo el 29% son realizadas por mujeres y el 14,4% por hombres, ambos mayores de 10 años. Del porcentaje de mujeres dedicadas al cuidado directo, el 76,2% son actividades no remuneradas de cuidado (DANE-ONU Mujeres, 2020).

*Tabla 1. Participación y tiempo en actividades de trabajo no remunerado por sexo*

Actividades de trabajo no comprendido en el SCN/ Día promedio	Participación en la actividad			Tiempo promedio por participante		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
	%	%	%	hh:mm	hh:mm	hh:mm
<b>Total, trabajo no remunerado</b>	76	62	89,5	5:42	3:25	7:14
<b>Suministro de alimentos</b>	50,1	24,9	74,4	1:47	0:58	2:03
<b>Mantenimiento de vestuario</b>	23,8	9,1	38	1:09	0:44	1:15
<b>Limpieza y mantenimiento</b>	51,9	34,2	68,9	1:14	1:01	1:20
<b>Compras y administración</b>	22,2	20,7	23,6	0:55	0:55	0:55
<b>Actividades con menores de 5 años</b>	13,4	10,5	16,3	1:26	1:21	1:29
<b>Cuidado físico a personas del hogar</b>	12,5	3,8	20,9	1:17	0:43	1:23
<b>Apoyo a personas del hogar</b>	6,2	3,6	8,6	1:18	1:09	1:22
<b>Actividades de voluntariado</b>	2,4	1,8	3	2:53	2:36	3:03
<b>Traslados relacionados</b>	12,9	12,3	13,6	0:26	0:26	0:26
<b>Cuidado pasivo (estar pendiente)</b>	26	16,1	35,4	6:45	5:55	7:07

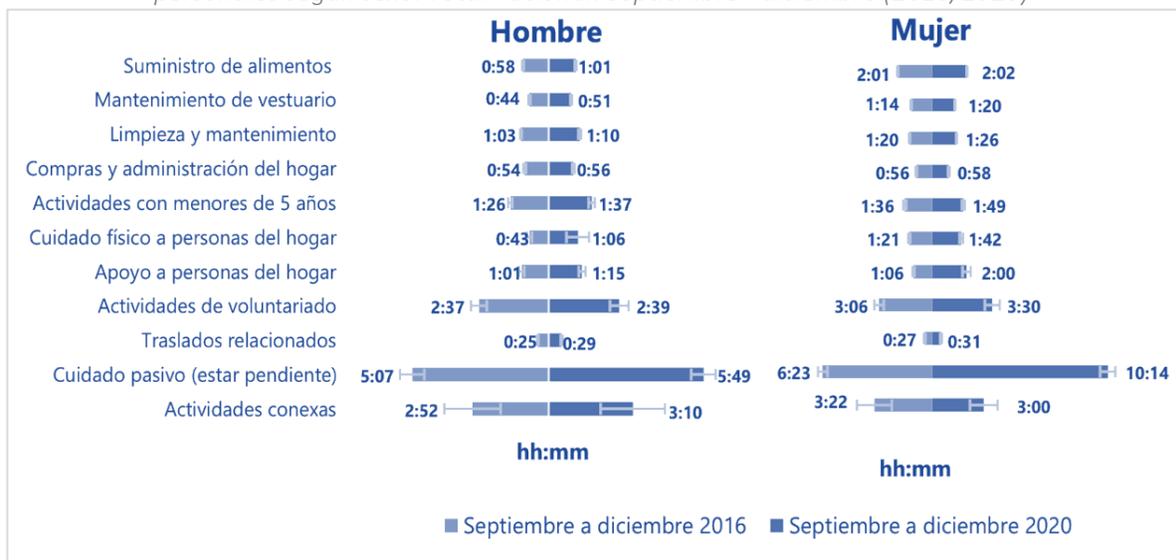
Fuente: Encuesta Nacional de Uso del Tiempo ENUT 2016 – 2017

Cuatro años después la situación de distribución desigual del trabajo no remunerado al interior de los hogares es similar a la presentada en la ENUT 2016-2017. Como lo informó el último boletín técnico de esta encuesta (DANE, 2021), para el cuarto trimestre de 2020 el 88,9% de las mujeres participó en actividades de trabajo no remunerado frente al 61,3% de los hombres. A su vez, el tiempo dedicado a actividades de trabajo no remunerado relacionado (mantenimiento de vestuario, limpieza y mantenimiento de la vivienda, compras y administración del hogar, y suministro de alimentos) fue mayor para las mujeres que para los hombres.

Se destaca que en cuanto al suministro de alimentos, el tiempo dedicado por las mujeres en promedio fue aproximadamente el doble que el dedicado por los hombres en esta actividad. El boletín también señala que en cuanto al desarrollo de actividades de cuidado para niños y

niñas menores de 5 años, el apoyo o cuidado físico a otras personas del hogar y el cuidado pasivo, se encuentra que el tiempo dedicado en promedio por las mujeres es mayor al tiempo en promedio dedicado por los hombres, como se observa en la Ilustración 1.

*Ilustración 1. Tiempo diario promedio por participante en actividades de trabajo y actividades personales según sexo. Total nacional. Septiembre - diciembre (2016/2020)*



Fuente: DANE-ENUT (2021).

El tiempo dedicado a las actividades de cuidado no remuneradas y de cuidado directo e indirecto también es diferente según la ubicación geográfica. Al respecto, en los centros poblados y rural disperso las mujeres dedican 30 minutos más que los hombres a actividades de apoyo a personas del hogar mientras que en cabeceras municipales las mujeres dedican 48 minutos más que los hombres. Frente a las actividades de cuidado físico a personas del hogar, las mujeres dedican 55 minutos más que los hombres en los centros poblados y rural disperso y 32 minutos más que los hombres en las cabeceras municipales. La mayor diferencia se registra en las actividades de cuidado pasivo, especialmente en centros poblados y rural disperso, donde las mujeres dedican aproximadamente 5 horas más que los hombres en el promedio diario (DANE, 2021).

Estas cifras evidencian que la pobreza de tiempo es una problemática que afecta principalmente a las mujeres y se convierte en otra consecuencia de la distribución desigual del trabajo de cuidado al interior de los hogares. Al respecto, se considera que una persona es pobre de tiempo cuando “el tiempo de que dispone para realizar las actividades básicas para la subsistencia es menor que el tiempo que se necesita para satisfacerlas [...] Dichas actividades comprenden la producción doméstica –es decir, el TDCnR–, los cuidados personales, el ocio, la producción doméstica no sustituible (recreación) y el trabajo remunerado. De acuerdo al estudio realizado por el DANE y ONU Mujeres en 2020, a nivel

nacional 19.4% de las mujeres y 17.6% de los hombres están en pobreza de tiempo puesto que las actividades de cuidados requieren un tiempo significativo, así la tasa de pobreza de tiempo para las mujeres que realizan estas actividades de cuidado es del 29% frente al 16,3% de las personas (mujeres y hombres) que no realizan este tipo de actividades (DANE-ONU Mujeres, 2020).

Como es de esperarse, la pobreza de tiempo aumenta en las personas cuidadoras y principalmente en las mujeres, porque en muchos casos se traducen en dobles jornadas de trabajo, atendiendo las actividades de cuidados en el hogar con sus actividades en el mercado laboral. Al respecto, el porcentaje se incrementa hasta 53.8% en el caso de las mujeres y en 32.9% de los hombres, ambos participando en el mercado laboral. De acuerdo al DANE y ONU Mujeres, la doble jornada, es decir, el tiempo repartido entre cuidados directos en el hogar y el mercado laboral, aumenta la incidencia de la pobreza de tiempo en las mujeres hasta un 65% en contraste al 44,5% con relación a los hombres que también realizan actividades de cuidados y participan en el mercado laboral. Por último, los cuidados indirectos y pasivos realizados por mujeres una o más horas diarias también aumentan la pobreza de tiempo, la cual aumenta para ellas a 60% (DANE-ONU Mujeres, 2020).

La acumulación de tiempo dedicado al cuidado no remunerado en el hogar hace imposible o al menos dificulta el acceso al mercado laboral y a la formación profesional continuada por parte de las mujeres. Como los sistemas de bienestar social están en su mayor parte vinculados al ejercicio de una profesión, el cuidado doméstico se convierte en un potenciador de las brechas laborales y salariales (DANE, 2020 c). Con todo, las implicaciones para las mujeres van más allá del hecho de no contar con tiempo adicional para participar en otros ámbitos de sus vidas, la dedicación casi exclusiva de las mujeres en la provisión de cuidados directos restringe la posibilidad de disfrutar de tiempo libre, del ocio y de actividades de autocuidado y en algunos casos, afecta su salud mental.

En cuanto a los imaginarios sociales, en la ENUT 2016-2017 se realizaron algunas preguntas relacionadas con los roles de género en términos de las actividades de cuidado, en una de ellas se realiza la siguiente afirmación “una madre que trabaja puede formar una relación tan cálida y segura con sus hijos como una madre que no trabaja”. Los resultados muestran que persisten imaginarios sociales y culturales con una fuerte orientación hacia las labores reproductivas de la mujer dentro del hogar, por ejemplo, en el total nacional existe aproximadamente un 38,0% y 36,3% de hombres y mujeres, respectivamente, que están muy en desacuerdo o desacuerdo con la afirmación analizada.

Estas percepciones, a su vez, son el reflejo de las condiciones en las que se da la participación en el mercado laboral y las características del sistema educativo, en donde el involucramiento en largas jornadas de trabajo y falta de mecanismos de conciliación entre trabajo y vida familiar dificultan la dedicación de tiempo de calidad al cuidado de las hijas y los hijos.

La única manera de evitar esta brecha es la redistribución del cuidado, bien sea compartiéndolo por todos los miembros del hogar o descargándolo fuera del hogar en servicios públicos y privados. Existe otra posibilidad, una alternativa que no es incompatible con la reducción y la redistribución; es el reconocimiento del valor del cuidado y de la aportación de los cuidadores al bienestar del hogar y al bienestar colectivo, aun cuando no se incorporan al mercado de trabajo. Todas las políticas de concesión de excedencias, permisos, etc. responden a este tipo de medidas, que en los inicios de los sistemas de protección social eran muy escasas y han ido ganando paulatinamente importancia, aplicándose no sólo a las mujeres sino también a los varones. Y no sólo con carácter voluntario sino incluso obligatorio, al menos durante algunos periodos mínimos en los que se considera que el valor que debe primar es el del cuidado de la persona dependiente (ONU Mujeres, 2020).

Lo anterior evidencia la necesidad de redistribuir los cuidados entre el Estado, los hogares, la comunidad y el mercado a través de mecanismos de tercerización, aliviando así la cantidad de tiempo de las mujeres como principales proveedoras de cuidados en el hogar. Desde el lado de la oferta por ejemplo a través de la ampliación de oferta pública y privada acompañado de otras estrategias de movilidad social como transferencias, subsidios y otras medidas integrales; y desde la demanda para promover el acceso de las poblaciones priorizadas en situación de pobreza o vulnerabilidad económica, con especial énfasis en las mujeres cuidadoras para contribuir a la igualdad de oportunidades (DANE-ONU Mujeres, 2020).

## Perfil de la población cuidadora en Colombia

Con cifras provenientes de la ENUT 2016-2017, de acuerdo al DANE y ONU Mujeres (DANE-ONU Mujeres, 2020), en Colombia hay 8.6 millones de personas cuidadoras que realizan actividades de cuidados, el 14.4% de los hombres y 29.0% de las mujeres tienen 10 años o más. Dos terceras partes de ellas son mujeres (67.7%), quienes realizan el 76,2% del trabajo no remunerado de cuidados, reforzando la feminización del cuidado en el país. En comparación con las mujeres que no proveen cuidados directos, las mujeres cuidadoras cuentan con 15% menos tiempo diariamente para actividades de ocio y recreación con 55 minutos al día, 11% menos para actividades de educación con 41 minutos diarios y 9% menos tiempo para participar en el mercado laboral, con 43 minutos diarios. Por sexo, las diferencias en tiempo son de 1 hora con 13 minutos menos para ocio y recreación, 41 minutos menos para educación y 2 horas con 15 minutos menos para el trabajo remunerado.

En cuanto al tiempo promedio dedicado a actividades de las personas cuidadoras, se observan diferencias en entre hombres y mujeres que no realizan actividades de cuidado directos frente a mujeres que si los realizan. Por ejemplo, en actividades de ocio y recreación el primer grupo dedica 6 horas y 9 segundos en promedio mientras que las segundas 5 horas y 5 segundos. Para actividades relacionadas con educación, el primer grupo dedica 6 horas y 4 segundos mientras que las mujeres cuidadoras 5 horas y 23 segundos. En actividades

laborales el primer grupo dedica 8 horas y 3 segundos en promedio frente a 7 horas por parte de las mujeres cuidadoras.

En cuanto a la edad, en promedio las personas que proveen cuidados directos tienen 33 años, el 60% entre 20 y 40 años, 14.2% menores de 20 años y 7.9% tienen 55 o más años. Las personas cuidadoras de 60 años y más quienes cuidan y brindan apoyos a los integrantes de sus hogares son el 5% del total y las personas de 75 años y más que brindan cuidados directos son el 0.7%. Como resultado, a medida que incrementa la edad disminuye el porcentaje de personas que proveen cuidados directos dentro del hogar, posiblemente por el incremento de sus propias necesidades de cuidados.

El nivel educativo de las personas que proveen cuidados directos al interior del hogar es principalmente básica secundaria, seguidas de un 22.5% que concluyeron la primaria y el 11.3% con nivel universitario o superior, independientemente del sexo del cuidador o cuidadora.

Por relación de parentesco, las madres son las principales cuidadoras de los niños y niñas menores de cinco años de edad y en menor medida sus padres, contrario a lo que sucede con la población adulta mayor, pues en su mayoría son sus hijas e hijos quienes proveen los cuidados. A su vez, los hogares monoparentales son el 28.1% del total de los hogares en el país, de ellos, el 79% son dirigidos por mujeres (jefatura monoparental femenina).

En cuanto a los cuidados personales y estado de salud de las personas cuidadoras, el DANE estima que al dedicar una gran parte del tiempo al cuidado de otros, las personas cuidadoras descuidan su propia salud y cuidado, invirtiendo un 5% menos de tiempo en sí mismas, incluidos 31 minutos diarios menos para dormir, frente a las personas no cuidadoras, que destinan en promedio 10 horas con 13 minutos. Además de esto, el 6.6% de las personas que brindan cuidados directos se encontraban enfermas, situación que agudiza la precariedad de las condiciones de vida de las personas cuidadoras en el país.

Frente a las condiciones de trabajo y seguridad social, el 51.6% de las personas cuidadoras trabajan también en forma remunerada, pero con diferencias por sexo, 75.4% hombres y 40.2% mujeres. Esta situación es particularmente importante dado que su participación en el mercado laboral afecta directamente su nivel de ingresos y permite su afiliación a la seguridad social. Por ejemplo, el 42.2% cotiza en algún régimen contributivo o especial y el 50.6% pertenecen al régimen subsidiado. El 39.5% de los hombres cuidadores y el 21.8% de las mujeres cuidadoras están afiliados al régimen contributivo o especial.

Por último, la provisión de cuidados directos es distinta según la ubicación geográfica. Así, en las cabeceras el 27.6% de las mujeres realizan tareas de cuidados directos y en los centros poblados y rural disperso es de 33.7% (DANE-ONU Mujeres, 2020).

## Déficit de oferta institucional y de regulación de servicios de cuidado directo

Bajo este enunciado se agrupan dos tipos de problemas diferentes. Por una parte, el déficit de la oferta institucional de servicios de cuidado directo, y por otra, la regulación de dichos servicios, puesto que si la oferta institucional es escasa es porque los proveedores de servicios de cuidado no tienen capacidad en aumentar su oferta, descargando la responsabilidad del cuidado en las familias, por lo general en las mujeres (ONU Mujeres, 2020).

### Primera Infancia

De acuerdo a las cifras del DANE, en Colombia hay 2.233.879 niñas y 2.338.859 niños menores de 5 años, para una población en la primera infancia de 4.572.738 personas, el 70% ubicados en la zona urbana y 30% en la zona rural (DANE, 2019a). El 55.7% de niñas y niños de 0 a 4 años recibe cuidados directos (DANE-ONU Mujeres, 2020). Estas cifras constituyen una aproximación a la población en la primera infancia que demanda o requiere cuidado en Colombia, el cual se brinda principalmente en los hogares, en el marco de la educación inicial como parte de la atención integral, desde su nacimiento hasta cumplir los cinco años.

Desde el punto de vista de la oferta de educación inicial en el marco de la atención integral reconoce las características de esta población así como los contextos en que viven, favoreciendo las interacciones que se generan en ambientes enriquecidos a través de experiencias pedagógicas y prácticas de cuidado. Como lo señala la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia en el país, la educación inicial genera acciones encaminadas a brindar una atención en el marco de la integralidad que permita lograr mejores condiciones de vida para los niños y las niñas en sus primeros años de vida, puesto que es un derecho de la primera infancia. En este sentido, la Política Pública de Cuidado reconoce los avances de la política de desarrollo integral a la primera infancia en materia de promover el cuidado de los niños y niñas menores de seis años, reconociéndolo como un reto en la articulación de las instancias intersectoriales y como un componente de la atención en educación inicial .

En la vigencia 2021 el ICBF a través de las modalidades de educación inicial (institucional, comunitaria, familiar y propia e intercultural) prestó servicios que incluyen el cuidado como uno de sus componentes de la atención, a un total de 1.684.876 niñas y niños de primera infancia en el país.

*Tabla 2. Servicios de Educación Inicial del ICBF*

	<b>Modalidad</b>	<b>Cobertura</b>
Integral	Comunitaria	356.601
	Familiar	541.259
	Institucional	476.304

	Propia e intercultural	97.152
<b>Subtotal</b>		<b>1.417.316</b>
Tradicional	Comunitaria	100.924
	Familiar	112.636
<b>Subtotal</b>		<b>213.560</b>
<b>Total</b>		<b>1.684.876</b>

Fuente: SSDIPI, corte a diciembre de 2021.

El 27% del total de niños y niñas atendidos en 2021 bajo las cuatro modalidades recibió la atención en la modalidad comunitaria, mientras que el 28% bajo la modalidad institucional y el 5,8% en la modalidad propia e intercultural.

La modalidad institucional se desarrolla en espacios especializados para atender a las niñas y niños en la primera infancia, así como a sus familias o personas cuidadoras, priorizando la atención desde los 2 años y hasta los 4 años, 11 meses y 29 días. Sin embargo, algunas unidades de servicio atienden a niñas y niños entre los 6 meses y 2 años, cuando su condición así lo amerite, y hasta los 5 años 11 meses 29 días de edad, siempre y cuando no haya oferta de educación preescolar, específicamente de grado de transición, en su entorno cercano. Estos servicios son prestados de lunes a viernes con un horario de 8 horas diarias. Se accede a ellos, principalmente, de manera gratuita, priorizando a víctimas de hechos violentos asociados al conflicto armado, con discapacidad, pertenecientes a hogares cuyo puntaje Sisbén III sea igual o inferior a los nuevos puntos de corte definidos para primera infancia, entre otros. Hacen parte de esta modalidad los centros de desarrollo infantil, hogares Infantiles, jardines sociales, hogares múltiples, hogares empresariales y desarrollo infantil en establecimientos de reclusión. De acuerdo con los datos reportados por el ICBF al SSDIPI del MEN, esta modalidad atendió a 476.304 personas.

Los servicios de hogares empresariales son muy escasos en el país. No obstante, diversos estudios demuestran que medidas como las políticas de licencias (maternidad, paternidad, parental, para el cuidado de los hijos/as y para atender a familiares con discapacidad, personas enfermas o de edad avanzada que tienen necesidades de cuidados) y servicios de atención en el lugar de trabajo son inversiones que le pueden generar beneficios a largo plazo a las empresas al disminuir las tasas de rotación y ausentismo e incrementar la motivación y productividad de las personas trabajadoras<sup>14</sup>. En varias regiones del mundo, es cada vez más frecuente que las empresas ofrezcan diferentes modalidades de cuidado infantil en el lugar de trabajo como las jardines infantiles o los servicios y cooperativas de cuidados de índole comunitaria, sobre todo cuando no existen opciones viables de carácter público u otras opciones privadas (OIT, 2019).

<sup>14</sup>“Aunque para asegurar la igualdad de género en el trabajo es crucial el principio de la responsabilidad del Estado en la formulación y la aplicación de las políticas y en no obligar a los empleadores a correr con los costos directos de los servicios de cuidados, las políticas de cuidado pueden ser una parte importante de los recursos humanos de las empresas o de sus programas de responsabilidad social. Las empresas pueden decidir si, más allá de cumplir la ley, quieren mejorar su reputación en tanto que socios empresariales y empleadores atractivos” (OIT, 2019).

En la modalidad comunitaria quienes prestan el servicio son madres o padres comunitarios, priorizando la atención de niñas y niños desde los 18 meses hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, sus familias y personas cuidadoras. Esta modalidad otorga un papel activo a la familia y la comunidad, y brinda servicios durante 200 días al año, de lunes a viernes con un horario de 8 horas. En general, el acceso es gratuito, con criterios de focalización definidos por el ICBF. De acuerdo con los datos reportados por esta entidad al SSDIPI del MEN, en 2021, esta modalidad atendió a 457.525 personas.

Finalmente, la modalidad propia e intercultural se desarrolla, principalmente, en los territorios étnicos, zonas rurales y rurales dispersas del país como estrategia de educación inicial. Esta modalidad se realiza en espacios y tiempos concertados con las comunidades y es liderado por un equipo intercultural, en donde se garantiza también hasta el 70% del componente nutricional diario para niños y niñas y mujeres gestantes. La modalidad se implementa por medio de las Unidades Comunitarias de Atención y en 2021, se atendieron a 97.152 personas en unidades de servicio, de conformidad con los datos reportados por el ICBF al SSDIPI del MEN.

A pesar de estas cifras de asistencia a establecimientos de educación inicial en las distintas modalidades, según la ECV-DANE 2019, un 20,8% de la población de los centros poblados y rural disperso declararon que la razón principal por la que el niño o la niña menor de 5 años no asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio es porque no hay una institución cercana; mientras que en las cabeceras municipales este porcentaje fue tan solo del 1,8%. En ese sentido, se identifica la necesidad de ampliar la oferta programática en las zonas rurales del país. En 2019, el ICBF realizó el ejercicio de focalización para la expansión del piloto del servicio de Desarrollo Infantil en Medio Familiar (DIMF) rural y rural disperso rediseñado; en este ejercicio se destinaron 15.000 cupos para las zonas en las que se implementan Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) (ICBF, 2019 a).

En cuanto a la educación preescolar, la constituyen los grados pre jardín (dirigido a niños/as de 3 años de edad), jardín (4 años) y transición (5 años), siendo este último grado obligatorio, por lo cual es el mecanismo que atiende, mayoritariamente a medio tiempo, la necesidad de atención integral de niñas y niños de 5 años. La jornada de atención es de 20 horas a la semana. En 2021 se registraron 45.082 sedes educativas<sup>15</sup> para educación preescolar (MEN, 2021). Sobre las jornadas, estas sedes educativas desarrollan sus actividades en jornadas escolares: 25.883 jornada mañana (57%); 3.568 jornada tarde (8%); 4.995 jornada única (11%); y 10.636 jornada completa (24%).

En 2021, en educación preescolar se matricularon 849.680 niños y niñas, 70% en el sector oficial y 30% en el no oficial o privado. Para los grados pre-jardín y jardín, el 75% y 74% de las matrículas se registraron en el sector no oficial, respectivamente; mientras que para transición, dado su obligatoriedad, la matrícula se registra principalmente en el sector oficial

(80%). De otra parte, en 2021 la tasa cobertura bruta en transición fue del 87% (MEN, 2021)

En 2021, el Ministerio de Educación Nacional realizó un análisis a la trayectoria de los niños y niñas atendidos por el ICBF y que deben ingresar al sistema educativo. Del total de niños que debía ingresar al grado transición, que corresponde a 310.673 niños y niñas (224.861 se encuentran en la zona urbana y 85.737 en la zona rural y 75 no tienen información de ubicación), el 73% lo hizo (228.087). Del total de la población que ha ingresado al sistema educativo formal, 165.216 se encuentran en la zona urbana y 62.822 se encuentran en la zona rural. Se tiene un rezago de 27%, que corresponde a 82.586 niños y niñas (59.645 se encuentran en la zona urbana y 22.915 en la zona rural) (MEN, 2021).

Los servicios de cuidado directo con participación del mercado y la comunidad para la primera infancia son principalmente, los jardines infantiles privados, o las cuidadoras y cuidadores. Una parte del servicio comunitario y privado es prestado en coordinación con el Estado por lo cual esta oferta se incluyó en el apartado anterior<sup>15</sup>. Al respecto, el país cuenta con un Registro Único de Prestadores de Educación Inicial – RUPEI, mediante el cual se está realizando la identificación de la oferta de atención a la primera infancia por parte de los prestadores privados; con corte a marzo de 2022 se tenían identificados 5.438 sedes de prestadores privados de educación inicial. Sin embargo, esta información no refleja la totalidad de esta oferta, por lo tanto, se realiza una aproximación a la oferta de estos servicios mediante la ECV-DANE 2019 y GEIH-DANE 2019 (DNP-BID, 2020).

Frente a la pregunta sobre el lugar o persona con quien permanecen los niños y niñas menores de 5 años la mayor parte del tiempo entre semana, los resultados de la ECV-DANE 2019 para el total nacional muestran que tan solo el 1,2% estuvo al cuidado de un “empleado(a) o niñera”. Mientras que el 50,5% estuvieron al cuidado de su padre o madre en la casa y el 35,8% asistió a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio<sup>16</sup>. En los centros poblados y rural disperso, el 65,2% de los niños y niñas menores de

---

<sup>15</sup> El ICBF al ser un establecimiento público de orden nacional, con personería jurídica y autonomía administrativa para cumplir los servicios misionales del SNBF podrá celebrar contratos con personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, nacionales o internacionales (artículo 9 Ley 7 DE 1979) cuando así, se requiera para la prestación total o parcial del servicio. Por regla general los procesos de selección y la celebración de contratos en el ICBF se rigen por lo establecido en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015), Ley 1474 de 2011, Decreto 019 de 2012, pero existe un régimen de contratación especial de aportes, entendiéndose por tal, según el artículo 2.4.3.2.9. del Decreto 1084 de 2015, cuando el instituto se obliga a proveer a una institución de utilidad pública o social de los bienes (edificios, dineros, etc.) indispensables para la prestación total o parcial del servicio, actividad que se cumple bajo la exclusiva responsabilidad de la institución, con personal de su dependencia, pero de acuerdo con las normas y el control del ICBF.

<sup>16</sup> Una sede educativa “es unidad básica en la organización del servicio público de educación. En estricto sentido es una unidad económica que se ha constituido legalmente para la prestación del servicio público de educación y que para ello cuenta con una licencia de funcionamiento (aplica para los establecimientos del sector no oficial) o un acto de reconocimiento (para sedes educativas del sector oficial), una planta física y una estructura administrativa. La organización u asociación entre sedes puede llevar a que se conformen o se reconozcan establecimientos, instituciones o centros educativos” (DANE-EDUC, 2019). El CNPV-DANE 2018 eliminó de las opciones de respuesta para esta pregunta “con empleado(a) o niñera en la casa” que es una aproximación de la oferta de servicios privados, por lo cual se toma la información de la ECV-2019 la cual sí incluye esta categoría.

5 años permanecen la mayor parte del tiempo entre semana con su padre o madre en la casa, mientras que en las cabeceras este porcentaje fue del 47,4% (DANE-ECV, 2019).

*Tabla 3. Niños y niñas menores de 5 años por sitio o persona con quien permanecen la mayor parte del tiempo entre semana (miles /participación %). 2019.*

Dimensión	Total Nacional		Cabeceras		Centros poblados y rural disperso	
	Miles	%	Miles	%	Miles	%
<b>Asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio</b>	1.314	35,8	1.052	40,4	262	24,6
<b>Con su padre o madre en la casa</b>	1.854	50,5	1.159	44,5	695	65,2
<b>Con su padre o madre en el trabajo</b>	108	2,9	67	2,6	40	3,8
<b>Con empleado(a) o niñera en la casa</b>	42	1,2	42	1,6	1	0,1
<b>Al cuidado de un(a) pariente de 18 años o más</b>	333	9,1	269	10,3	64	6,0
<b>Al cuidado de un(a) pariente menor de 18 años</b>	10	0,3	7	0,3	3	0,3
<b>En casa solo</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Otro</b>	12	0,3	10	0,4	2	0,2
<b>Total personas menores de 5 años</b>	3.673	100	2.606	100	1.066	100

*Fuente: (DANE-ECV, 2019).*

El 21,9% de niñas y niños menores de 5 años que asisten a un establecimiento acude a un jardín o colegio privado; en las cabeceras municipales este porcentaje es del 26,7%, en los centros poblados y rural disperso es del 2,7%, en donde el principal establecimiento al cual asisten los niños y niñas menores de 5 años son los hogares comunitarios de bienestar familiar (62,3%).

*Tabla 4. Número de niñas y niños menores de 5 años por tipo de establecimiento al cual asiste (miles /participación %). 2019.*

Tipo de establecimiento	Total Nacional		Cabeceras municipales		Centros poblados y rural disperso	
	Miles	%	Miles	%	Miles	%
Hogar comunitario de bienestar familiar	500	38,1	337,0	32,0	163,2	62,3
Hogar infantil o jardín de bienestar familiar	257	19,6	217,0	20,6	40,4	15,4
Centro de desarrollo infantil público	169	12,9	138,2	13,1	31,0	11,8
Jardín o colegio oficial	100	7,6	79,6	7,6	20,4	7,8
Jardín o colegio privado	287	21,9	280,4	26,7	7,0	2,7
<b>Total personas menores de 5 años que asisten a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio</b>	<b>1.314</b>	<b>100</b>	<b>1.052,2</b>	<b>100,0</b>	<b>261,8</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: DNP con base en (DANE-ECV, 2019).*

Adicionalmente, según la Superintendencia de Subsidio Familiar, en 2019, se registraron 25 jardines infantiles o guarderías administradas por las cajas de compensación familiar.

*Tabla 5. Tipo de infraestructura reportada por las cajas de compensación relacionada con servicios de cuidado directo a primera infancia. 2019.*

Tipo de infraestructura	Número
<b>Colegios</b>	<b>3.860</b>
<b>Jardines infantiles/ guarderías</b>	<b>25</b>
<b>Jardines sociales/ centro de desarrollo infantil/ hogar infantil y otros</b>	<b>1.560</b>
<b>Total</b>	<b>5.784</b>

*Fuente: Información suministrada por las Cajas de Compensación Familiar a la Superintendencia de Subsidio Familiar. Reporte SIGER – Información de 2019 en proceso de validación susceptible de modificación. Fecha de consulta a la base de datos SIGER: 4-11-20.*

De otra parte, según la ECV-DANE 2019, el 20,8% de la población en centros poblados y rural disperso refiere que la razón por la cual los niños y niñas no concurren a estos centros es por la falta de instituciones en sus áreas de residencia. En las cabeceras municipales, sólo el 1,8% respondió de este modo. Allí, la principal razón es de carácter cultural: la mayoría indica que no consideran que los niños y niñas tengan edad suficiente para asistir (DNP, 2014). Por su

parte, los servicios de educación inicial son prestados, en algunos casos, en un lapso de cuatro horas diarias, dificultando las alternativas de compatibilizar los cuidados institucionales con la participación en el mercado laboral de sus responsables (particularmente, de sus madres) (DNP-BID, 2020).

*Tabla 6. Razón principal por la que el niño o la niña menor de 5 años no asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio (miles /participación %). 2019.*

Tipo de establecimiento	Total Nacional		Cabeceras municipales		Centros poblados y rural disperso	
	Miles	%	Miles	%	Miles	%
<b>No hay una institución cercana</b>	195	8,3	28	1,8	167	20,8
<b>Es muy costoso</b>	48	2,0	41	2,7	6	0,8
<b>No encontró cupo</b>	126	5,3	101	6,5	24	3,0
<b>Prefiere que no asista todavía</b>	738	31,3	495	31,8	244	30,3
<b>Tiene un familiar en la casa que lo cuida</b>	256	10,9	197	12,8	60	7,4
<b>Considera que no está en edad de asistir, o es recién nacido</b>	901	38,2	625	40,2	277	34,4
<b>Solo asiste algunas horas o algunos días a la semana</b>	30	1,3	14	0,9	17	2,1
<b>Otra</b>	64	2,7	53	3,4	10	1,3
<b>Total personas menores de 5 años que no asisten a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio</b>	2.359	100,0	1.554	100,0	805	100,0

*Fuente: (DNP-BID, 2020) con base en (DANE-ECV, 2019).*

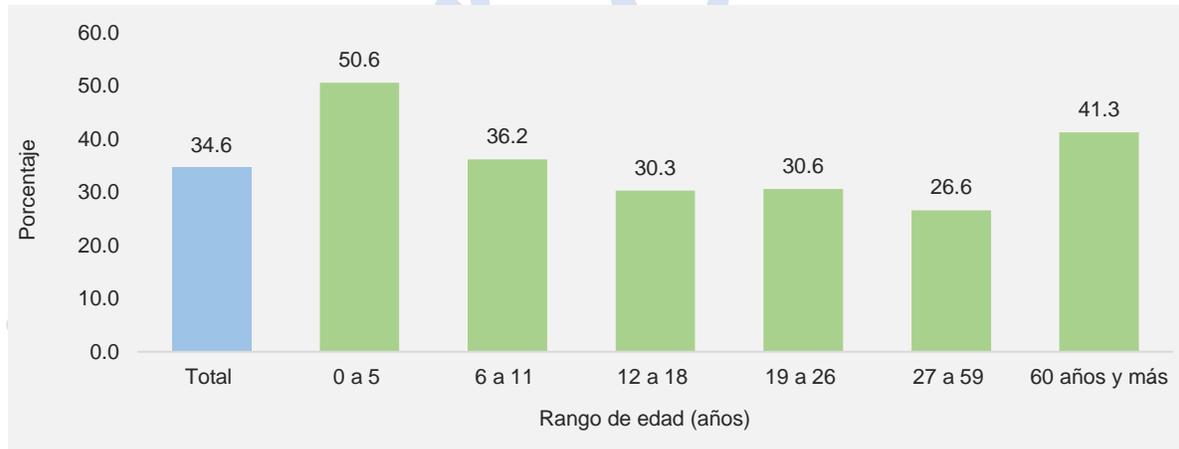
En cuanto a los asistentes personales o voluntariados, según la OIT muchos países han puesto en práctica sistemas públicos de servicios de cuidados de larga duración para la cobertura de riesgos, servicios que proporcionan personal de enfermería, así como profesionales no sanitarios, incluidas las trabajadoras y los trabajadores domésticos (“asistentes personales”). Los receptores de cuidados son personas de edad avanzada, así como niños y adultos con discapacidades (OIT, 2019).

## Población con discapacidad

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, en Colombia hay 3.134.036 personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias, de las cuales 1.784.372 reportaron tener dificultades en los niveles de mayor severidad (1 y 2) en la escala del Grupo de Washington<sup>17</sup>. El nivel 1 implica que la persona no puede hacerlo, puesto que sus condiciones le impiden desarrollar la actividad y en consecuencia requiere de ayudas y el apoyo de terceros, por lo cual presenta un alto grado de dependencia, y el nivel 2 implica que si bien la persona puede desarrollar la actividad, lo hace con mucha dificultad al presentar una grave disminución en su capacidad para realizar la actividad. En este nivel requiere de ayudas y el apoyo de terceras personas, muestra un alto grado de dependencia (DANE, 2020).

Por rango de edad, el 50,6% de la población entre 0 y 5 años con discapacidad y el 41,27% de la población de 60 años y más con discapacidad requiere apoyo permanente de otras personas. Estas cifras constituyen una aproximación a la población que demanda o requiere cuidado en Colombia, sin embargo, del total de personas con discapacidad reportadas en el Censo de 2018, se deben identificar aquellas con mayores niveles de dependencia funcional que a su vez requieren con mayor prioridad servicios de cuidado (DANE-CNPV, 2018 b).

*Gráfica 1. Personas con discapacidad que utilizan la ayuda permanente de otras personas, según el grupo de edad. 2018.*



*Fuente: (DANE-CNPV, 2018 b).*

**Nota:** Para niños y niñas menores de tres años, el personal de recolección del CNPV 2018 fue instruido para tener en cuenta que la realización de algunas actividades está ligada con su nivel de desarrollo de acuerdo con esa etapa de la vida. Sin embargo, para el caso de los datos correspondientes al rango de 0 a 5 años vale la pena considerar que el reporte de algunas

<sup>17</sup> Guía de análisis de la creación de los identificadores de la discapacidad <http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/12/WG->

dificultades (por parte del informante idóneo del hogar) puede estar relacionado con el proceso de desarrollo propio de esta etapa de la vida y no necesariamente con el tener una discapacidad”.

Del total de personas que requieren ayuda permanente, el 61,6% asisten, de forma presencial o virtual a algún preescolar, escuela, colegio o universidad.

*Tabla 7. Población con alguna limitación permanente que requieren ayuda permanente de otras personas y asisten a algún preescolar, escuela, colegio o universidad, de forma presencial o virtual, según grupos de edad*

<b>Rango de edad</b>	<b>Personas con limitaciones permanentes que requieren ayuda de otras personas</b>	<b>Personas con limitaciones permanentes que requiere ayuda de otras personas y asisten a alguna institución educativa</b>	<b>%</b>
<b>5 años</b>	4.107	2.394	58,3
<b>6 a 10</b>	24.718	16.313	66,0
<b>11 a 14</b>	21.318	13.072	61,3
<b>15 a 16</b>	10.343	5.465	52,8
<b>Total</b>	60.486	37.244	61,6

*Fuente: DANE- CNPV, 2018.*

De acuerdo al RLCPD, 265.542 personas con limitación permanente se encontraban entre los 5 y 24 años de edad: 159.854 (60%) reportó asistir a alguna institución educativa al momento del registro, mientras 103.905 (40%) reportaron encontrarse desescolarizados. De quienes reportaron encontrarse desescolarizados, 67.334 (65%) refirió que la razón por la cual no estudia es por su discapacidad.

*Tabla 8. Personas con discapacidad de 5 a 24 años según la razón por la que no estudia. 2002-2019*

<b>Causas por la que no estudia</b>	<b>Personas con discapacidad</b>	<b>%</b>
<b>Por su discapacidad</b>	67.334	64,8
<b>Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar</b>	5.995	5,8
<b>Costos educativos elevados o falta de dinero</b>	4.512	4,3

<b>No existe centro educativo cercano</b>	1.958	1,9
<b>No le gusta o no le interesa el estudio</b>	1.774	1,7
<b>Falta de cupos</b>	1620	1,6
<b>Otra razón</b>	20.712	19,9
<b>Total</b>	103.905	100

*Fuentes: SISPRO, RLCPD, 2002 -2019 (MSPS, 2020 e).*

Respecto a la oferta de servicios para la población con discapacidad, la información estadística disponible sobre los servicios de cuidado directo que requiere apoyo es limitada. Sin embargo, se identifican servicios para esta población relacionados con las estrategias estatales de educación inclusiva, jornadas escolares complementarias, y atención en la Modalidad para el fortalecimiento de capacidades de niños, niñas con discapacidad y sus familias del ICBF.

Según la necesidad de ayuda de otra persona, y quién le ayuda, el 40% de las personas con discapacidad en el RLCPD (611.184 personas), refirieron necesitar ayuda de otras personas. De ellas, 548.619 (90%) recibía ayuda de un miembro del hogar, y 32.025 (5%) de una persona externa empleada.

*Tabla 9. Hogares que recibieron la ayuda no remunerada, de una o más personas de otros hogares para cuidar a personas en condición de discapacidad pertenecientes al hogar*

<b>Dominio</b>	<b>Total hogares</b>	<b>Cabeceras</b>	<b>Centros poblados y rural disperso</b>
<b>Hogares que recibieron ayuda de otros hogares no remunerada para cuidar a personas en condición de discapacidad pertenecientes al hogar</b>	41.174	33.528	7.646
<b>Hogares que recibieron ayuda de otros hogares no remunerada para cuidar a personas enfermas pertenecientes al hogar</b>	34.522	25.776	8.746
<b>Total de hogares encuestados</b>	14.269.444	11.052.623	3.216.821

*Fuente: (DNP-BID, 2020) con base en ENUT-DANE, 2016-2017.*

## Población adulta mayor

Según el Censo de 2018, en el país hay 2.621.100 hombres y 3.162.478 mujeres mayores de 60 años para un total de 5.783.578 personas mayores. De ellos, el 76% se encuentra en las cabeceras municipales y el 24% en centros poblados y zonas rurales. Por su parte, el 4.1% de las personas de 65 años y más reciben cuidados directos (DANE-ONU Mujeres, 2020). Estas cifras constituyen una aproximación a la población mayor que demanda o requiere servicios de cuidado. Al igual que para la primera infancia y personas con discapacidad, se deben identificar aquella población que por sus altos niveles de dependencia requiera de manera prioritaria la provisión de cuidados.

Desde hace algunos años Colombia está experimentando una transición demográfica que se caracteriza por cambios en la estructura etaria de la población. Específicamente, el país se encuentra en una situación conocida como bono demográfico el cual, "(...) hace referencia a una fase en la que el balance entre las edades de una determinada población genera una oportunidad para el desarrollo. Ocurre cuando cambia favorablemente la relación de dependencia entre la población en edad productiva (jóvenes y adultos) y aquella en edad dependiente (niños y personas mayores), con un mayor peso relativo de la primera en relación con la segunda" (CEPAL, 2013), es decir la estructura de la población se concentra entre 15 y 60 años de edad, lo que implica una situación bastante favorable para el desarrollo social en un momento en que se considera que la actividad productiva en términos económicos de la población mayor se reduce.

En este sentido también es importante tener en cuenta el envejecimiento de la población del país como resultado del descenso de la fecundidad y la reducción de mortalidad en diferentes etapas vitales, lo que implica que la proporción de niños y jóvenes disminuye, modificando el equilibrio en los grupos poblacionales. La población de 60 años o más tiene tasas de crecimiento superiores al crecimiento de la población total, pues las proyecciones poblacionales del DANE muestran que en 2005 era de 9,1%; en 2018 de 13,2% y en 2070 será de 31,9%. Esto indica el envejecimiento de la población de Colombia, lo que indirectamente puede incidir en un aumento de los servicios de cuidado (CEPAL, 2018).

Al envejecimiento de la población se le suma la dinámica del mercado laboral colombiano que se caracteriza por una alta informalidad y baja cobertura previsional. Así el envejecimiento sumando a el hecho de envejecer sin ingresos y el papel de las familias como una tradicional red de protección social (hijas, hermanas, nueras y sobrinas) que se harán cargo de los adultos mayores, ver resultará en una mayor presión de las mujeres por el cuidado de sus familiares y mayores demandas de cuidado en el largo plazo (CEPAL-CELADE, 2011).

Desde el lado de la oferta los servicios de cuidado directo para la población adulta mayor que requieren asistencia para realizar sus tareas cotidianas son catalogados como de larga duración, y pueden darse en dos modalidades: a) institucional o comunitario; o b) asistencia domiciliaria o tele asistencia. Las diversas instituciones de atención a las personas adultas

mayores pueden ser públicas, privadas o mixtas y prestan servicios, principalmente de salud o asistencia social. El Ministerio de Salud y Protección Social es la entidad responsable de la creación, implementación y actualización de un registro de instituciones dedicadas a la atención de los adultos mayores en todo el territorio nacional<sup>18</sup>. Actualmente, el país aún no cuenta con este registro de instituciones<sup>19</sup>. Sin embargo, con el fin de mejorar la respuesta del Estado colombiano en medio de la emergencia sanitaria por la COVID-19, el Ministerio a través de un cuestionario en línea identificó y caracterizó la capacidad operativa de los Centros de Larga Estancia (hogares geriátricos, centros de protección, centros de bienestar, asilos).

La prestación de los servicios de cuidado a personas adultas mayores se brindan a través de los centros de promoción y protección social para personas adultas mayores, que son “establecimientos que prestan servicios de protección y cuidado integral a las personas adultas mayores ofreciendo alternativas de desarrollo, propiciando espacios favorables para la socialización, recreación, capacitación, productividad y desarrollo de proyectos de vida digna, bajo cualquiera de las siguientes cuatro modalidades” (MSPS, 2020 f): a) centros residenciales para personas adultas mayores (estos centros también pueden ofrecer servicios de centro día, atención domiciliaria o teleasistencia); b) Centros de día para personas adultas mayores; c) Centros de atención domiciliaria para personas adultas mayores; y d) Centros de teleasistencia domiciliaria.

En general, se encuentra que la oferta programática dirigida a atender las necesidades de apoyo de la población adulta mayor colombiana en condiciones de dependencia es heterogénea y de difícil identificación, excepto por los programas destinados a brindar apoyo económico y de alimentación a los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, y de la promoción de establecimientos de los Centros de Bienestar y de los Centros Vida, financiados a través de la emisión de la estampilla de bienestar de adulto mayor (Flórez, Martínez, & Aranco, 2019). En gran medida, el acceso a la oferta de servicios por parte la población adulta mayor con dependencia está sujeta a su capacidad de pago. En razón a lo anterior, los hogares son los principales proveedores de cuidado directo para la población adulta mayor. Según la ENUT-DANE 2012-2013, el 74,5% de las personas que proveen el cuidado son miembros del hogar, el 10,7% son miembros de otro hogar no remunerado, y el 7,9% son cuidadores remunerados.

Los centros de promoción y protección social pueden ser públicos, mixtos (cuentan con recursos municipales, pero su administración depende de una junta directiva en la que participan actores locales de diversa naturaleza), y privados (fundados y administrados por entidades con fines de lucro, si bien ello no excluye que puedan tener convenios con las alcaldías para la recepción de adultos y la prestación de servicios) (MSPS, 2020 a). Estos centros están destinados a la vivienda permanente o temporal de las personas mayores,

---

<sup>18</sup> Artículo 22, Ley 1251 de 2008.

<sup>19</sup> A la fecha de este informe, se encuentra en curso la aprobación de un acto administrativo que ordena la creación de un Registro de Prestadores de Servicios Sociales (REPSO).

donde se ofrecen servicios de hospedaje, alimentación, recreación, actividades productivas, de protección y cuidado integral de las personas adultas mayores. El Ministerio de Salud y Protección social agrupa a varios de estos centros en la categoría centros de protección de larga estancia para personas adultas mayores, entendidos como las instituciones donde viven permanentemente personas de más de 60 años (hogares geriátricos, centros de protección, centros de bienestar, asilos) (MSPS, 2020 g).

De otra parte, de la totalidad de cupos ofrecidos (30 mil cupos), el 84% estaban ocupados en el momento de la aplicación del cuestionario, es decir, los centros de larga estancia atendían cerca de 25 mil personas adultas mayores. En promedio, cada centro de larga estancia tiene 39 cupos, de los cuales el 74% son de acomodación múltiple, mientras que el 26% son de acomodación individual. En promedio, cuentan con 5 auxiliares de servicio, 4 profesionales en enfermería y 3 personas cuidadoras (MSPS, 2020 g).

Los centros día o centros vida para personas adultas mayores funcionan en horario diurno, generalmente de ocho horas diarias, entre las 6 a.m. y 6 p.m., durante cinco o seis días a la semana, y se encuentran dirigidos a personas adultas mayores de los niveles 1 y 2 del Sisbén. Estos centros prestan servicios a población adulta mayor que no necesariamente presenta dependencia funcional. Sin embargo, se incluyen dentro del análisis en razón a la intensidad horaria con la cual se prestan los servicios, pues pueden constituir una opción de redistribución del trabajo de cuidado.

Por su parte, los centros de atención domiciliaria para personas adultas mayores son aquellos orientados a prestar servicios domiciliarios con el fin de proporcionar bienestar a las personas adultas mayores, en su lugar de residencia. Y los centros de teleasistencia domiciliaria ofrecen atención especializada a través del contacto telefónico inmediato con una persona idónea para la asistencia en situaciones de crisis personales, sociales o médicas de las personas adultas mayores, con el propósito de brindarles seguridad y mejorar su calidad de vida.

Este tipo de servicios se encuentran en desarrollo en el país. En Antioquia, por medio de convenios de cooperación y apoyo institucional, se ha desarrollado un modelo que integra herramientas tecnológicas, profesionales especializados y una atención personalizada para brindar servicios de seguimiento y acompañamiento a personas con alto riesgo obstétrico, cardio cerebrovascular o problemas de salud mental (Flórez, Martínez, & Arango, 2019).

Según la evaluación de impacto del Programa Colombia Mayor de 2016, la mayoría de los centros de bienestar para las personas adultas mayores y centros día, no tienen capacidad de atender la demanda de los municipios, debido a fenómenos como el envejecimiento poblacional, la recepción de población víctima, y a que estos centros reciben también personas de otras edades, con enfermedades físicas o mentales o en situación de discapacidad. Tanto en los centros de bienestar de adulto mayor de municipios de sexta categoría como de capitales departamentales, la administración municipal destaca que no

se está logrando cumplir la demanda de cupos de los municipios (Unión temporal Econometría S.A - SEI, 2016).

En efecto, “este tipo de oferta sigue siendo insuficiente e incompleta. Adicionalmente, se ha llegado principalmente a las zonas urbanas y a las cabeceras de los municipios, dejando sin acceso a las personas mayores de las áreas rurales, en especial a aquellas que viven en zonas alejadas de las ciudades y en contextos geográficos difíciles” (Díaz, 2015). A su vez, se encuentra que los programas que existen son programas asistencialistas, de entrega de subsidios (directos e indirectos) a la población adulta mayor pobre y vulnerable, con bajo impacto debido al monto y alcance (Flórez, Martínez, & Aranco, 2019).

La información presentada de los centros de larga estancia para la población adulta mayor (hogares geriátricos, centros de protección, centros de bienestar, asilos) identificados mediante un cuestionario de auto reporte aplicado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la que se encontró que el 62,0% de estos centros son de naturaleza privada (500 centros) (MSPS, 2020 g). Lo anterior evidencia que la oferta de servicios para población adulta mayor, distinta a la ofrecida por los hogares, es provista mayoritariamente por el mercado, por lo cual está sujeta a la capacidad de pago de las personas.

Dentro de los servicios de asistencia domiciliaria para la población adulta mayor se encuentran los provistos por la Pastoral Social- Adulto Mayor de la iglesia católica. Los servicios son suministrados de manera voluntaria por personas de la comunidad que reciben una formación inicial en cuidados básicos, quienes realizan visitas periódicas para la atención y seguimiento de la salud de los adultos mayores registrados en su comunidad. En 2019, se encontraban activas cerca de 1.800 personas voluntarias, en su mayoría adultas mayores. Por efectos de la pandemia COVID-19 se han dispuesto mecanismos de teleasistencia, capacitación virtual a voluntarios/as y capacitación a través de radios comunitarias (Moreno, 2020).

De acuerdo con la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento –SABE de 2015 (MSPS, 2015), en el módulo de cuidadores familiares para personas mayores de 60 años, el 61% de los cuidadores son hijos o hijas de la persona mayor que cuidan, 10% son la pareja, 14% son nietos, padres o hermanos menores de las personas cuidadas, y una de cada tres personas cuidadoras debe hacerse cargo de los gastos de la persona que requiere cuidado.

Así, la oferta de servicios prestados por la comunidad es altamente heterogénea que se da en espacios que dependen de la gestión de organizaciones religiosas, organizaciones de la sociedad civil, cooperación internacional y auto gestionadas por mujeres en los barrios. Los servicios estatales para la población adulta mayor son principalmente los centros día y los centros de protección, así como los subsidios económicos de alimentación y pensión. Hasta el momento, la única atención domiciliaria estatal que se brinda es de salud, en casos de emergencia o de cuidados paliativos. Sin embargo, están dirigidos a la población vulnerable y la cobertura está sujeta a los cupos que defina cada municipio; estos a su vez, dependen

de los recursos, el posicionamiento del tema en las agendas políticas y su inclusión en los planes de desarrollo y ordenamiento territorial (Jaramillo, 2018).

De otra parte, al margen de algunos emprendimientos, “el mercado de cuidado tampoco ofrece opciones viables y afines a la realidad del país, en parte porque los incentivos que lo rodean son muy pocos y también porque sus modelos de negocio contemplan casi que de manera exclusiva al segmento de mercado de altos ingresos de los estratos más altos” (Díaz, 2015). En particular, el cuidado de la población adulta mayor es asumido mayoritariamente por los hogares o familias, y al interior de ellos por las mujeres, sin considerar los cambios registrados en la composición de las familias que hacen que cada vez les sea más difícil la atención y cuidado de la población adulta, ni las desigualdades de género que esta organización social de los cuidados conlleva.

Otra problemática que se debe resaltar son los cambios en el acceso de los hogares a distintos servicios sociales, dada la coyuntura de la emergencia sanitaria por COVID-19. Por ejemplo, el 89,8% de quienes accedían antes a servicio escolar manifestó que ahora accede de manera virtual al colegio, mientras que 6,7% expresó que ya no accede.

En el caso de personas que antes accedían a los servicios de hogares comunitarios, jardines infantiles, centros de desarrollo y otras instituciones para el cuidado de niños y niñas la proporción de aquellas que ya no acceden a estos servicios es de 41,5% mientras que el 49% accede de manera virtual. En cuanto a la población mayor, el 57% dejó de asistir a centros de hogares de adultos mayores o de personas con discapacidad u otras instituciones de alojamiento, el 26% accede pero con menos frecuencia que antes, el 10% accede de manera virtual (DANE, 2021).

La regulación del mercado de servicios de cuidado es otro problema identificado en la Política Pública de Cuidado, puesto que es comprensible que surja la preocupación por evitar la competencia desleal, los fraudes y los abusos de todo tipo, pero en situaciones de grandes carencias de servicios, como es la de cuidado, y se identifica que puede convertirse en una barrera cuando no se busca la igualdad en el acceso a los servicios.

No hay que olvidar que proporcionalmente la inmensa mayoría del cuidado se produce fuera del ámbito de las relaciones laborales, en el interior de los hogares, que no se rigen tanto por la ley sino por la costumbre. El riesgo de convertir en inaccesible el trabajo del cuidado remunerado es que retorne al hogar y vuelva a recaer sobre quienes, sin ningún tipo de protección legal, lo han asumido tradicionalmente, esto es, las mujeres del núcleo familiar (ONU Mujeres, 2020), puesto que la provisión de cuidado en Colombia se basa en un régimen familista, donde la familia es el agente principal de cuidado, fundamentado en las redes de parentesco en la división sexual del trabajo, donde la mujer es la principal proveedora de cuidado dentro del hogar (Aguirre, 2005).

Finalmente, otro de los retos identificados está relacionado con la regulación de la calidad en la prestación de servicios de cuidados directos y de su monitoreo y mejora continua, empezando por los sectores de educación, salud dirigidos a personas con discapacidad y adultas mayores ya sea a nivel residenciales y no residencial. Por otro lado, en el largo plazo las necesidades de cuidado aumentarán para la primera infancia y para la población mayor de 65 años, así como el tiempo a invertir por parte de las personas proveedoras de cuidados (DANE-ONU Mujeres, 2020).

## Déficit de recurso humano cualificado para el cuidado

La mayor parte del cuidado se produce en Colombia en el interior de los hogares, sin que medie por ello remuneración para quienes los producen. Por tanto, la problematización del déficit de recurso humano cualificado para el cuidado habrá de referirse tanto al cuidado no remunerado en los hogares como al cuidado remunerado en las instituciones o producido por trabajadores remunerados para los hogares. Si lo que se pretende es cualificar mejor para el cuidado no remunerado toda la población estaría sujeta a dicha cualificación pues todos provee y recibe cuidados en algún momento de sus vidas (ONU Mujeres, 2020).

Por su parte, el acceso a la formación profesional es aún más difícil para las mujeres con responsabilidades familiares, que para los hombres de su mismo nivel socioeconómico. Sus horarios están muy condicionados por los horarios escolares, hasta el punto de que, a diferencia de los varones, suelen fracasar los cursos en un horario nocturno o en época vacacional. En cualquier caso, la formación supone un coste que alguien ha de sufragar, y no sólo en dinero sino en pérdida de oportunidades alternativas mientras dura la formación. En muchos casos, el éxito de los programas de enseñanza se debe más a la obtención de un carné que facilita el desarrollo posterior de una ocupación que a las habilidades realmente adquiridas. El título es un plus añadido al currículum laboral, que puede ser decisivo para obtener un empleo en situación de competencia con otros trabajadores que carecen de título (ONU Mujeres, 2020).

En cuanto al trabajo de cuidado directo remunerado, este incluye servicios a los siguientes grupos poblacionales: personas adultas mayores, personas con discapacidad y niñez<sup>20</sup>. En el cuidado a determinados grupos se contemplan las actividades de la CIU rev. 4 relacionadas con el cuidado directo de niños y niñas y con el cuidado de personas adultas mayores y con discapacidad (asistencia social y atención residencial y en instituciones para el cuidado de

---

<sup>20</sup> El DANE (2020 c) contempla las actividades de la CIU rev. 4 relacionadas con educación de la primera infancia, preescolar y básica primaria. Se recomienda excluir la primaria y realizar una comparación utilizando la metodología de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para definir a las y los trabajadores del cuidado remunerado, a partir tanto de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO 08 o versiones anteriores) como la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIU Revisión 4 o versiones anteriores). Combinando las profesiones del cuidado con los sectores del cuidado, la OIT identificó a “trabajadores del cuidado que trabajan en sectores del cuidado y a trabajadores del cuidado que trabajan en otros sectores, así como a trabajadores que no son del cuidado y que trabajan en los sectores del cuidado” (OIT, 2019).

personas adultas mayores, personas con discapacidad y con condiciones mentales especiales (adaptado de (DANE, 2020 c).

El trabajo de cuidado directo remunerado prestado por personas trabajadoras cuenta propia, patronas o empleadoras y obreras/empleadas de empresas particulares en las ramas de actividades relacionadas con el de cuidado directo es una aproximación de la oferta privada o de mercado de este tipo de servicios; en estas actividades, en 2019, trabajaron 270 mil personas, de las cuales el 94,0% eran mujeres (254 mil personas).

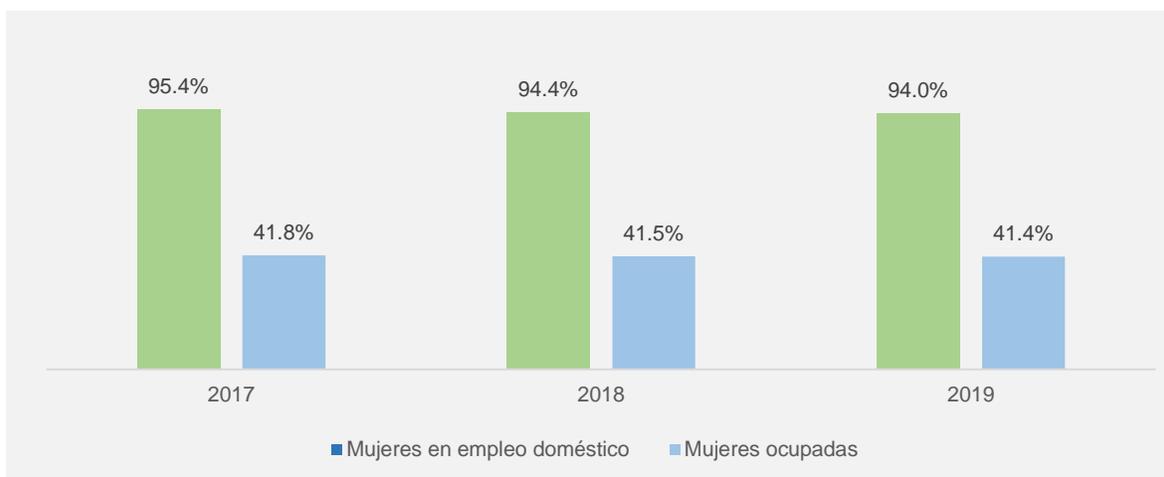
*Tabla 10. Número de personas ocupadas en el sector de cuidado directo remunerado según clasificación de cuidado por posición ocupacional y sexo. 2019*

<b>Posición ocupacional/Actividad</b>	<b>Total sector de cuidado directo remunerado</b>		
	Total	Hombres	Mujeres
<b>Trabajador por cuenta propia</b>	119.847	5.696	114.151
<b>Obrero/Empleado empresa particular</b>	148.870	10.361	138.509
<b>Patrón o empleador</b>	1.414	97	1.317
<b>Total cuidado directo (mercado)</b>	270.131	16.154	253.977

*Fuente: (DNP-BID, 2020) adaptado de (DANE, 2020 c) con base en (DANE-GEIH, 2019). Nota: Se utiliza la variable rama4d\_r4 de la GEIH-2019.*

En promedio, la participación laboral de las mujeres en la totalidad del empleo fue de un poco más del 41%, mientras que en el empleo doméstico la participación de las mujeres fue mayor, oscilando entre el 94,0% y el 95,4%. Así, la participación de los hombres en el conjunto del empleo fue alta (cerca del 60%) pero en el empleo doméstico baja (entre el 6% y 4%), existiendo una clara feminización del empleo doméstico, lo que es acorde con la “feminización del cuidado”.

*Gráfica 2. Proporción de mujeres ocupadas totales y en servicios doméstico, Colombia 2017-2019*



*Fuente: (DNP-BID, 2020) con base en (DANE-GEIH, 2019).*

Según rango de edad, para los años 2017-2019, en promedio, el 67,8% de las mujeres empleadas domésticas se encontraban entre los 29 y 59 años; el 16,6% eran jóvenes (entre 18 y 28 años); el 8,9% de eran adultas mayores (con 60 años y más). Finalmente, las mujeres entre 17 años y menos representaban el restante 1,3% de las empleadas domésticas.

De otra parte, además de constituir un porcentaje reducido de la población empleada doméstica, las condiciones laborales de los hombres son sustancialmente diferentes a las de las mujeres. En relación con la cotización a salud, para los años 2017 a 2019, los hombres presentaban una tasa de afiliación al régimen contributivo entre 65% y 58%, mientras que las mujeres entre 38% y 39%. En contraste, la mayoría de las mujeres (entre el 62% y el 61%) se encontraban afiliadas al régimen de salud subsidiado (DNP-BID, 2020).

De acuerdo con el número de horas trabajadas, cerca de la mitad de las mujeres dentro de la población empleada doméstica trabajaron 48 horas y más a la semana. Por su parte, aproximadamente una quinta parte (entre 18,7% y 21,4%) trabajaron 24 horas y menos a la semana. La estructura de dicha distribución por horas se mantuvo relativamente constante a lo largo de los tres años analizados. Como es de esperar, dicha distribución de horas impacta directamente en los ingresos de las mujeres empleadas domésticas, así como la calidad general de este tipo de trabajo. Los hombres empleados domésticos presentan ingresos superiores a los de las mujeres (DNP-BID, 2020).

Para el periodo 2017-2019, en promedio, el 56,1% de los hombres empleados domésticos ganó entre 1 y 2 SMMLV. En contraste, para el mismo periodo, solo el 32,2% de las mujeres se ubicaron en dicho rango de remuneración. Por el contrario, el 66,1% de las mujeres empleadas domésticas ganaban menos de un SMMLV, mientras para los hombres dicho porcentaje fue de 37,9% (DNP-BID, 2020). Por su parte, la mayor brecha salarial se presentó en la adultez (29 a 59 años), donde los hombres en la población empleada doméstica ganaban, en promedio, 32,2% más que las mujeres. En contraste, la menor brecha se presentó en la adultez mayor (personas mayores a 60 años), donde los hombres ganaban,

en promedio, 15,3% más que las mujeres (DNP-BID, 2020). En consecuencia, otro de los retos que aborda la Política Pública de Cuidado está relacionada con la reglamentación y definición de lineamientos de cualificación del recurso humano para la provisión del cuidado.

Por su parte, la oferta de servicios de cuidado que ofrece el mercado mediante empresas privadas ha venido en aumento. No obstante, ésta se centra en las ciudades capitales, se focaliza en servicios para el cuidado de niñas y niños, y en menor medida en el de personas adultas mayores, adicionalmente debido a los precios establecidos son accesibles sólo para hogares con alta capacidad de pago. No se cuenta con un registro de instituciones que brinden servicios de cuidado y al no estar reguladas no hay claridad sobre los servicios que producen y las obligaciones que implican.

## Prácticas inadecuadas de autocuidado y vida independiente

Colombia, al igual que otros países de América Latina, enfrenta la conjunción de transformaciones socioeconómicas, demográficas, epidemiológicas, familiares y culturales que ponen en tensión los mecanismos tradicionales mediante los cuales se ha brindado cuidado, lo que requiere emprender acciones que propendan por reducir el trabajo de cuidado no remunerado, acciones dentro de las cuales se encuentra el autocuidado, que debe contemplar acciones de buenos hábitos alimenticios que reduzcan las probabilidades de que las personas padezcan de enfermedades que puedan afectar el desarrollo de su vida de manera independiente.

Según la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), el 12% de las personas encuestadas “consumieron tabaco”; el 14% consumió alcohol el último mes; la inactividad física aumenta con la edad, lo que muestra escaso compromiso con los hábitos de autocuidado, la baja frecuencia de atención de servicios de nutrición (15,1%), terapia física (9,7%) y terapia ocupacional (2,7%) (MSPS, 2015).

En relación con las personas cuidadoras, “entre una cuarta y una quinta parte se quejan de no poder ir de vacaciones, reducción del tiempo libre y algunos refieren no tener tiempo para cuidar de sí mismos o de otros”. En lo concerniente a la autopercepción de salud y presencia de síntomas, una tercera parte, refieren síntomas, en orden de frecuencia para mujeres y hombres fue malestar o dolor articular o de espalda (57% - 34%), cansancio o debilidad (52% - 31%), dificultad para dormir (36% - 24%), desgano o desaliento (35% - 17%) y pérdida de memoria (31% - 22%), respectivamente. A su vez, el 86% estaban muy interesadas en recibir formación relacionada con aspectos de salud, prácticas sobre el cuidado, aspectos afectivos y emocionales del cuidado, y solamente una cuarta parte habló de autocuidado.

En cuanto a funcionalidad, el 79% de la población mayor es independiente para el desarrollo de en sus actividades de la vida diaria, aunque reportaron que dicha capacidad disminuye al

avanzar la edad y con mayor dependencia en las mujeres y en estratos socioeconómicos bajos (MSPS, 2015).

Lo anterior sugiere la necesidad de contar con estrategias de asistencia o teleasistencia que apoyen la vida independiente y la promoción de hábitos saludables de las personas con mayores niveles de dependencia como las personas mayores y personas con discapacidad, así como un diagnóstico de los programas de autocuidado y vida independiente existentes para estas poblaciones.

## Imaginarios y prácticas culturales en torno al cuidado

De acuerdo a la ENUT 2016-2017, 84.9% de las personas está de acuerdo o muy de acuerdo con que ambos, el hombre y la mujer, contribuyan al ingreso del hogar. Sin embargo, los estereotipos y roles que discriminan a las mujeres continúan vigentes: 38.5% de la población está de acuerdo o muy de acuerdo con que “el deber de un hombre es ganar dinero, y el de la mujer es cuidar del hogar y la familia” (DANE-ONU Mujeres, 2020b).

En la ENUT 2016-2017 también se realizaron algunas preguntas relacionadas con los roles de género en términos de las actividades de cuidado, en una de ellas se realiza la siguiente afirmación “una madre que trabaja puede formar una relación tan cálida y segura con sus hijos como una madre que no trabaja” (tabla 11). Los resultados muestran que persisten imaginarios sociales y culturales con una fuerte orientación hacia las labores reproductivas de la mujer dentro del hogar, por ejemplo, en el total nacional existe aproximadamente un 38,0% y 36,3% de hombres y mujeres, respectivamente, que están muy en desacuerdo o en desacuerdo con la afirmación analizada.

Estas percepciones, a su vez, son reflejo de las condiciones en las que se da la participación en el mercado laboral y las características del sistema educativo, en donde el involucramiento en largas jornadas de trabajo y falta de mecanismos de conciliación entre trabajo y vida familiar dificultan la dedicación de tiempo de calidad al cuidado de las hijas y los hijos.

*Tabla 11. Resultados sobre la afirmación “una madre que trabaja puede formar una relación tan cálida y segura con sus hijos como una madre que no trabaja”*

Tipo de Actividad	Total		Urbano		Rural	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
<b>Muy en desacuerdo</b>	24,9%	24,9%	25,0%	24,9%	24,9%	25,0%
<b>En desacuerdo</b>	13,1%	11,4%	12,5%	10,8%	14,9%	13,8%
<b>De acuerdo</b>	16,1%	14,3%	15,4%	13,7%	18,5%	16,7%

<b>Muy de acuerdo</b>	41,6%	45,6%	43,3%	47,1%	35,9%	39,7%
<b>No sabe</b>	4,3%	3,7%	3,8%	3,4%	5,7%	4,8%

*Fuente: Encuesta Nacional de Uso del Tiempo ENUT 2016 – 2017*

Según la ENUT 2016-2017, los hombres que opinan que las mujeres son mejores para el trabajo doméstico destinan 32 minutos menos al día a las labores de cuidado, que son compensados por una carga adicional para las mujeres, determinando que la estructura de creencias y organización de roles si se relaciona con las formas de distribución de tareas al interior de los hogares.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2015, también tiene en cuenta algunas preguntas relacionadas con los roles de género y su relación con el cuidado (tabla 12). Los resultados de estas preguntas también presentan importantes evidencias sobre la profundización de imaginarios con respecto a las actividades de cuidado en el hogar. Por ejemplo, el 36,8% y 31,9% de las mujeres y hombres respectivamente, consideran que el papel más importante de las mujeres es cuidar la casa y cocinar para la familia, y estos porcentajes son mayores en la zona rural.

*Tabla 12. Porcentaje de mujeres y hombres (13 – 49 años) que están de acuerdo con cada frase relacionada con los roles de género en las actividades de cuidado del hogar. Colombia 2015.*

Zona	El papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia		Cambiar pañales, bañar a los niños (as), y alimentarlos es responsabilidad de las mujeres		Es más grave que una mujer deje a sus hijos(as) a que un hombre lo haga	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
<b>Total</b>	36,8%	31,9%	18,9%	24,7%	58,3%	69,6%
<b>Urbano</b>	30,5%	26,5%	13,7%	20,0%	56,5%	68,4%
<b>Rural</b>	56,8%	52,4%	35,4%	42,9%	64,3%	73,9%

*Fuente: ENDS 2015*

Esta asociación manifiesta de las mujeres como cuidadoras debe ser transformada paulatinamente de manera que avance en la superación de las brechas de género y se garanticen los derechos de las mujeres. De esta forma, la transformación de roles y estereotipos de género es una tarea urgente; así como el avance hacia la construcción de

mercados laborales más formales que reconozcan la importancia del cuidado y su equitativa distribución entre mujeres y hombres mediante la flexibilidad laboral, la definición de permisos parentales iguales para mujeres y hombres y otras políticas de conciliación entre las responsabilidades familiares y laborales.

Difícilmente se podrán redistribuir los tiempos de cuidado de mujeres y hombres si no se reducen las extensas jornadas laborales, en particular, las de los hombres, para lo cual es una condición central que el cuidado se ubique en la corriente principal del desarrollo colombiano y se alinee en las políticas sectoriales, es decir, que sea una decisión política al más alto nivel.

Por lo anterior, y con el propósito de reducir y redistribuir las labores de cuidado, es necesario emprender estrategias que sensibilicen e involucren a los hombres en estas tareas y los roles de género hasta el momento dominantes puedan ser modificados, se debe considerar la implementación de medidas que favorezcan el cambio cultural y la participación de otros integrantes del hogar en las tareas domésticas y de cuidado no remuneradas. Claramente los datos reseñados también muestran la necesidad de ampliar la oferta de servicios de cuidados para hogares con necesidades específicas de cuidados.

### Ausencia de mecanismos para la reducción o el relevo del trabajo de cuidados no remunerado asumido por las mujeres

Estudios del DANE y ONU Mujeres señalan la importancia del equipamiento del hogar para reducir o incrementar las cargas de trabajo doméstico y de cuidados que realizan las mujeres. Se evidencia que los electrodomésticos conservan por más tiempo los alimentos y en consecuencia, reducen los tiempos de traslado y compras de los mismos, además de reducir el riesgo en salud por cocinar con leña. La información del DANE concluye que de los hogares con personas cuidadoras, 90.7% tiene estufa, 85.9% nevera o refrigerador, 84.3% licuadora, 62.5% lavadora, 57% plancha y 16.4% horno de microondas. Así, el tiempo promedio diario dedicado a las actividades de TDCnR en las mujeres se reduce hasta en 18% y 5% en los hombres cuando se cuenta con todo el equipamiento para el hogar (DANE-ONU Mujeres, 2020).

Esto también se refleja a nivel territorial, pues en cuanto a las actividades de TDCNR en las cabeceras del país los hombres dedican casi media hora más al día que aquellos en zonas rurales. Para las mujeres la dinámica es opuesta pues en las zonas rurales dedican 50 minutos más al día al TDCNR en comparación con aquellas que viven en cabeceras. De igual forma, el suministro para las mujeres rurales implica media hora más y el lavado y planchado de ropa 15 minutos más que a aquellas mujeres en zonas urbanas. Ambas actividades son intensivas en tiempo el cual puede reducirse significativamente con infraestructura y tecnología doméstica (DANE-ONU Mujeres, 2020b).

Otros estudios (Orozco y Sánchez, 2020) han evidenciado que el tiempo de TDCNR de las mujeres se reduce de manera considerable (en un 18%), cuando cuentan con equipamiento para el desarrollo de este tipo de actividades como estufa, nevera, refrigerador, licuadora, lavadora, plancha, horno microondas, etc., y se traduce en un ahorro de tiempo, por lo cual la condición socioeconómica de los hogares y su acceso a equipamiento son determinantes para reducir el tiempo dedicado a TDCNR. Como concluyen estos estudios, la inversión en infraestructura social básica y el apoyo a las familias con bajos ingresos que no logran acceder a equipamiento del hogar es relevante para reducir el tiempo dedicado al TDCNR, en las áreas rurales (DANE-ONU Mujeres, 2020b). Sin embargo, junto con la inversión de infraestructura social es necesario analizar y derribar los estereotipos de género aún presentes en la sociedad colombiana, pues la provisión de enseres y electrodomésticos en el hogar para reducir el tiempo en TDNRC no pueden profundizar los roles de género que imponen los cuidados a las mujeres y niñas como una actividad implícita asociada a lo femenino.

En cuanto a infraestructura física para las personas con mayores niveles de dependencia, las personas con discapacidad, sus familias y personas cuidadoras se enfrentan a “barreras actitudinales, comunicativas, físicas y tecnológicas, que restringen su acceso al entorno físico, al transporte, a la información y a las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, que limitan su inclusión social y productiva. En 2018, las mayores barreras para la movilidad se encontraban en las calles (46 %) y en los vehículos públicos (34 %); seguido por las barreras en los andenes (29 %) y parques (25 %)” (DNP, 2018).

La infraestructura con diseño universal y accesible en el espacio público y el transporte está más relacionada con el aumento de la productividad y la eficiencia para la provisión de servicios de cuidado. No obstante, el desarrollo de infraestructura social en términos generales es un factor dinamizador de la equidad de género, más allá de la prestación de servicios de cuidado, en la medida en que brinda a las mujeres, especialmente a las de menores ingresos, el bienestar básico y les permite conectarse con los servicios, los mercados y los recursos. La forma en que se desarrolla la infraestructura social, su cantidad y calidad afecta la provisión de servicios sociales (DNP, 2018).

Por su parte, la encuesta SABE para la población mayor indaga por la percepción respecto de la infraestructura física alrededor de los hogares y entornos de los barrios, cuyos resultados fueron negativos, en especial en el área rural. Por ejemplo, el 26,7% de los encuestados señaló que en su vecindario hay muchas aceras y andenes irregulares, el 24,3% no tienen transporte público cerca de la vivienda, el 43,5% consideró que no hay parques o áreas para caminar, el 48,3% dijo que no hay centros deportivos o de recreación, el 67,8% menciona que no hay sitios para sentarse o descansar en las paradas del bus o en parques, el 79% menciona que para las personas con discapacidad no hay transporte público y un 86,2% menciona no tener parqueaderos adecuados. En cuanto a la seguridad de los entornos de las personas mayores, la percepción del vecindario es considerada como un problema mayor,

entre ellas el 29,2% expendio y uso de drogas, 26,9% la delincuencia, 24,8% presencia de pandillas o vandalismo, entre otras (MSPS, 2015).

## Inexistencia de un sistema de cuidados y falta de claridad de las competencias de las entidades frente al cuidado

Por cuenta de los vacíos de organización institucional alrededor del cuidado, se debe considerar la integración de servicios de carácter muy variado en funcionalidad, calidad, tipo de usuarios y tipo de ofertantes, en un sistema integral de cuidados, por medio del cual se garantice la coordinación interinstitucional e intersectorial, a nivel horizontal y vertical. La coordinación vertical implica la correcta colaboración entre distintos niveles de poder, de autoridad y de acceso a recursos y es necesaria en todas las instituciones, sean públicas o privadas. Por su mayor tamaño, destaca la necesidad de coordinación entre las diferentes entidades entre el gobierno nacional y territorial.

Por su parte, la coordinación horizontal implica la colaboración entre entidades con funciones diferentes, que en el caso del cuidado pueden hallarse prácticamente en todos los sectores y en varios actores autónomos. Si bien los primeros sectores relacionados con el cuidado son educación, salud e inclusión social, los sistemas de cuidado tienen que desarrollarse teniendo en cuenta la actividad de otros sectores tales como trabajo, transporte, vivienda, justicia, hacienda, entre otros, puesto que ningún sector es del todo ajeno a las innovaciones en materia de cuidados (ONU Mujeres, 2020).

Sin embargo, a pesar de la voluntad del gobierno nacional durante los últimos años para crear y consolidar un esquema robusto de cuidados en el país a través de estrategias incluidas en los PND 2014-2018 y 2018-2022, actualmente no se cuenta con una herramienta de política pública para articular y coordinar el conjunto de normas, políticas y programas sectoriales que contribuyen a desarrollar un modelo integral de provisión de cuidados, que mejore la calidad de vida y proteja los derechos, tanto de las personas que requieren cuidados, como de aquellas que los proveen. Por esto, una de las principales problemáticas identificadas es la implementación de un Sistema de Cuidados, que procure por la coordinación e implementación de las políticas sectoriales de cuidado e instancias a nivel nacional y territorial, para evitar que estas continúen desarrollándose de manera atomizada y en algunos casos, duplicando u omitiendo esfuerzos de las entidades debido a una falta de interlocución y coordinación horizontal y vertical.

## Vacíos del Sistema de Protección Social y la provisión de cuidado

Debido a que en todas las etapas de la vida la vulnerabilidad está presente, la exposición a riesgos a las que se ven enfrentadas las personas es bastante alta. En la primera infancia están presentes, entre otros riesgos, la mortalidad infantil, la desnutrición, el abandono, el

maltrato infantil y el trabajo infantil. La infancia, adolescencia y juventud son periodos de la vida donde se detonan algunos riesgos como la inasistencia escolar, la deserción, el embarazo adolescente y el consumo de sustancias psicoactivas. En la etapa adulta, las personas evidencian una mayor probabilidad de ocurrencia de riesgos como el desempleo, los accidentes laborales, la informalidad, la carencia de vivienda y los riesgos crediticios, entre otros (DNP, 2020).

En la última fase del ciclo vital, los riesgos de abandono, maltrato, ausencia de ingresos, carencia de vivienda, lesiones y enfermedades crónicas, se hacen presentes en mayor medida. También hay riesgos que siempre están presentes durante toda la vida de las personas como las enfermedades, la ausencia de cuidado, los accidentes de tránsito, la discapacidad, la violencia y el desplazamiento, entre otros. Si bien el SPS contiene estrategias y políticas de aseguramiento y apoyo a las personas con mayor vulnerabilidad, su objetivo es llegar al 100% de la población y lograr una cobertura total (DNP, 2020).

A pesar de estos avances, los riesgos asociados al cuidado se mantienen, en su mayoría, por fuera de este arreglo institucional. Las personas sujetas de cuidado y aquellas que ofrecen los servicios de cuidado están expuestas a riesgos, generalmente con nulo o bajo acceso a instrumentos adecuados para gestionarlos. Esta situación se presenta en situaciones de riesgo como enfermedades transitorias, vejez o discapacidad que afectan a las personas sujetas de cuidado, y en riesgos como la informalidad, las enfermedades y la vejez en las personas dedicadas a las actividades del cuidado (DNP, 2020).

A la ausencia de aseguramiento de varios riesgos, se suma que los actuales programas de la protección de social no consideran los efectos e implicaciones de la economía del cuidado. Es decir, los pilares existentes del SPS no incorporan el enfoque de cuidado en el desarrollo de las estrategias de superación de la pobreza y la promoción de la movilidad social. Es el caso de programas como Familias en Acción, el cual tiene como propósito contribuir a la formación de capital humano de la población, la reducción de la pobreza y la desigualdad. El Programa es una transferencia monetaria dirigida a las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad con niños menores de 18 años, condicionada a la asistencia escolar y a controles de crecimiento y desarrollo de los menores (DNP, 2020).

La transferencia es recibida en el hogar principalmente por las mujeres, quienes se hacen responsables por el cumplimiento de las condiciones exigidas y por el desarrollo de las actividades diarias del hogar, incluidas la compra de bienes y servicios gracias a los recursos que le son entregados periódicamente.

A pesar de que el Programa tiene un propósito fundamental para lograr el bienestar de la población, es posible que sus efectos se vean disminuidos al acentuar la división sexual del trabajo particularmente en lo que concierne a las responsabilidades en el hogar. Esta ausencia de transversalización del cuidado es generalizable a todos los programas de la protección social. Si a los servicios de cuidado que ofrece el mercado solo pueden acceder

quienes tengan capacidad de pago, los hogares que tienen menores ingresos deberán optar por recurrir al apoyo de otras personas, regularmente mujeres dedicadas al cuidado en condiciones informales (DNP, 2020).

En este contexto, una de las problemáticas identificadas en el marco del SPS en el país debe ser su transformación para darle espacio al cuidado como un pilar dada la necesidad de desarrollar esquemas de aseguramiento y políticas de asistencia social, por un lado, y la transversalización de la economía del cuidado en los demás pilares, por otro. El SPS debe incluir como pilar el acceso universal al cuidado, articulado a los otros pilares, con atención universal, manteniendo el componente del Sistema de Promoción Social para las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad y con un esquema contributivo y otro subsidiado (DNP, 2020).

Igualmente, el pilar del cuidado debe estar alineado a los principios que se promueven en el actual SPS: la universalidad bajo la premisa que todos los ciudadanos colombianos tienen derecho al cuidado; la solidaridad entendida el compromiso de las personas en contribuir para el financiamiento del pilar del cuidado, atendiendo a su capacidad de pago; la selectividad, para que las personas con mayores necesidades de cuidado tengan prioridad en la oferta de servicios; y la eficiencia referida al uso adecuado de los recursos para garantizar su sostenibilidad. Este cambio de paradigma requiere, entre otras acciones, una modificación normativa especialmente de la Ley 789 de 2002 que define y estructura el SPS en Colombia (DNP, 2020).

Las estadísticas de informalidad laboral y la desprotección y debilitamiento de las posibilidades de acceder a bienes sociales de cuidado, reflejadas en los adultos mayores que aún trabajan y lo hacen en la informalidad, a cuyo deterioro natural por la vejez se suma el ocasionado por la precariedad de esa forma de trabajo, un sistema pensional con la menor cobertura de América Latina, insolidario y altamente inequitativo. La informalidad también afecta las posibilidades del cuidado a menores, por ejemplo, al no disponer la madre de un trabajo formal que permita el disfrute de prestaciones económicas e incluso asistenciales por la maternidad.

Por último, otra de las falencias observadas es la falta de adecuación de los marcos normativos y regulatorios para que mujeres y hombres accedan a los servicios de cuidados de familiares dependientes como parte del SPS y de manera específica, la regulación frente a los permisos de paternidad, licencias parentales, entre otras normas, la cual centra la responsabilidad del cuidado en las mujeres, medidas de conciliación laboral para la población masculina y femenina, que haga posible la distribución equitativa del cuidado con mayor participación de los hombres, entre otros (DANE-ONU Mujeres, 2020).

## Falta de esquemas y fuentes para el financiamiento y sostenibilidad para el cuidado

Una reflexión sobre el papel del Estado en la oferta institucional de servicios de cuidado está relacionada por la capacidad financiera, debido a las dificultades de financiación y la elección de prioridades en los presupuestos públicos. Sólo puede mejorarse la cantidad y calidad de los servicios públicos aceptando un aumento de costes, que de un modo u otro se han de sufragar. Como señalan los expertos en dinámica de sistemas, el traslado de funciones desde el hogar al exterior del mismo produce una espiral de crecimiento económico por la mayor productividad del trabajo en serie que el artesanal (ONU Mujeres, 2020).

A nivel nacional, los proyectos de las entidades financiados con recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) relacionados con el cuidado de manera directa o indirecta son ejecutados a través de los siguientes proyectos de inversión: “Consolidación del sistema nacional de formación para el trabajo nacional” del Ministerio de Trabajo; “Fortalecimiento de las condiciones para el logro de trayectorias educativas en la educación inicial preescolar, básica y media Nacional” e “Implementación de estrategias educativas integrales, pertinentes y de calidad en zonas rurales” del Ministerio de Educación Nacional.

Por su parte la producción estadística es otro de los elementos relevantes para la formulación e implementación de las políticas y programas de cuidado en el país y los recursos se ejecutan por parte del DANE a través de los proyectos de inversión “Levantamiento recopilación y actualización de la información relacionada con cuentas nacionales y macroeconómicas a nivel nacional” y “Levantamiento y actualización de estadísticas en temas sociales a nivel nacional”, pues financian la visibilización y contabilización del trabajo no remunerado en las cuentas nacionales en cumplimiento de la Ley 1413 de 2010 y la producción de la ENUT respectivamente.

A nivel territorial por ejemplo, la financiación de los centros para la atención del adulto mayor existen diferentes fuentes de financiación: estampilla para el bienestar del adulto mayor; sistema integral de seguridad social; sistema nacional de regalías; recursos propios de entidades territoriales; gestión con sector privado; venta de servicios; responsabilidad social empresarial; y cooperación internacional (MSPS, 2020 g).

La estampilla para el bienestar del adulto mayor es un recaudo que realizan los entes territoriales para contribuir a la construcción, instalación, adecuación, dotación, funcionamiento y desarrollo de programas de prevención y promoción de los centros de bienestar del anciano y centros de vida para la tercera edad. El 70% de estos recursos se destina para la financiación de los centros vida; y el 30% restante, a la dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, sin perjuicio de los recursos adicionales que puedan gestionarse a través del sector privado y la cooperación internacional. En 2019, según el Sistema de Información del Formulario Único Territorial (SISFUT) los recursos recaudados por la estampilla ascendieron a \$213,6 millones de pesos (DNP-SISFUT, 2020 a).

A pesar de los presupuestos públicos, en Colombia aún persisten vacíos frente al financiamiento y sostenibilidad de una política de cuidado, por lo cual se requiere el desarrollo de diferentes escenarios y modalidades de provisión de cuidados. Para esto, se debe buscar un mecanismo que combine el esfuerzo de las personas con capacidad de pago, el diseño de seguros accesibles a la población, la utilización de algunos recursos de impuestos generales y el uso eficiente de los actuales recursos. El financiamiento del pilar puede implementarse por etapas, empezando por aquellos componentes donde hay una mayor necesidad como, por ejemplo, en el cuidado para los adultos mayores. Igualmente, en la medida que se establezcan incentivos para el mercado, sin descuidar su regulación, podrá verse ampliada la oferta de servicios con precios cada vez más competitivos al alcance de la población. Así, la cantidad y calidad de los servicios públicos relacionados con cuidados obligatoriamente llevará a un mayor costo, lo cual no niega la posibilidad de considerar las diferentes fuentes de recaudación, pero es necesario analizar las condiciones de financiamiento.

## MARCO DE POLÍTICA

El país requiere avanzar en el diseño de una política integral del cuidado que permitan satisfacer tanto las necesidades básicas de la vida diaria como el acceso a oportunidades, tanto de las personas que requieren cuidados en todos los momentos de su curso de vida, como de las que los proveen. Este marco de política genera las condiciones institucionales y normativas requeridas para implementar un sistema de cuidados como principal herramienta de gestión, coordinación y articulación de la normatividad, oferta programática y ejecución de planes, programas y proyectos orientados a mejorar la calidad de vida tanto de las personas cuidadoras como las sujetas de cuidado.

## OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

### Objetivo general:

Promover una nueva organización social de los cuidados en el país, por medio de la provisión de cuidados, asistencia y apoyo de niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad en situación de dependencia; así como reconocer, reducir y

redistribuir el trabajo de cuidados - que hoy realizan mayoritariamente las mujeres - desde un enfoque de derechos humanos, interseccional e intercultural, en el marco de la equidad de género e igualdad de oportunidades en Colombia.

## Objetivos específicos

En respuesta a las problemáticas identificadas, la Política Nacional de Cuidado persigue seis objetivos específicos:

- 5.2.1 Articular la oferta estatal con la promoción y regulación de servicios privados.
- 5.2.2 Diseñar e implementar estrategias de formación para las personas cuidadoras.
- 5.2.3 Garantizar la calidad de los servicios de cuidado públicos o privados, en especial que el trabajo remunerado en cuidados se realice en las condiciones laborales adecuadas.
- 5.2.4 Generar y gestionar información y conocimiento en torno al cuidado.
- 5.2.5 Fortalecer la comunicación para la difusión del derecho al cuidado y la promoción del cambio cultural.
- 5.2.6 Implementar el Sistema General de Cuidados, en articulación con otros sistemas y políticas relacionados con las poblaciones dependientes y las poblaciones cuidadoras.

## PLAN DE ACCIÓN

Para lograr la promoción de una nueva organización social de los cuidados en el país, por medio de la provisión de cuidados, asistencia y apoyo de niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad en situación de dependencia; así como reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados - que hoy realizan mayoritariamente las mujeres - desde un enfoque de derechos humanos, interseccional e intercultural, en el marco de la equidad de género e igualdad de oportunidades en Colombia, la Política Nacional de Cuidado establece las siguientes líneas de acción en función de: i) el marco de provisión de los servicios; ii) las regulaciones que se establecen; iii) la formación de las personas que cuidan; iv) las acciones de gestión de la información y generación de conocimiento sobre los cuidados; v) las acciones de comunicación dirigidas a la difusión de los derechos y la promoción del cambio cultural y vi) la implementación del Sistema General

de Cuidados. Las acciones de implementación así como su financiamiento se establecerán en el marco de la Comisión Intersectorial para la Política de Cuidado sin perjuicio de las líneas estratégicas aquí establecidas, las cuales se adoptan en el marco del presente documento como ruta de navegación de la Comisión.

## Estrategias y líneas de acción

Para el logro de los objetivos específicos, la Política Nacional de Cuidado contempla un conjunto integral de propuestas de estrategias y líneas de acción que dan soporte programático a las intervenciones que la Política Nacional de Cuidado en Colombia debe abordar en materia de diseño, implementación, seguimiento y evaluación, tendiente a garantizar el goce, bienestar y calidad de vida tanto de la población cuidadora como de la población receptora de cuidados.

### ESTRATEGIA 1:

#### ARTICULACIÓN DE LA OFERTA PROGRAMÁTICA ESTATAL CON LA PROMOCIÓN Y REGULACIÓN DE SERVICIOS PRIVADOS.

Esta estrategia contempla un conjunto de acciones tendientes a garantizar la adecuada gestión público y privada para la atención de los servicios de cuidado.

**Línea de acción 1.1:** Implementación de una estrategia de articulación de los servicios de cuidado que contemple: i) El monitoreo, regulación y evaluación de los servicios de cuidado, ya sean nuevos o existentes o públicos o privados, bajo parámetros de calidad idénticos y combinando mecanismos de financiamiento estatal con esquemas de copagos.

**Línea de acción 1.2:** Diseño de un esquema de despliegue progresivo de servicios de cuidado con un horizonte temporal y metas de cobertura a definir, así como la definición de cuáles corresponden a una implementación a nivel nacional o territorial.

**Línea de acción 1.3:** Definir una oferta de servicios que se adecue a diferentes situaciones para cada una de las poblaciones objetivo, mediante estudios de suficiencia que se consideren pertinentes.

**Línea de acción 1.4:** Estimación preliminar y final de los costos económicos de la implementación de los servicios de cuidado que se definan para el diseño del esquema de despliegue de ampliación de la oferta.

### ESTRATEGIA 2:

## FORMACIÓN PARA LAS PERSONAS CUIDADORAS.

Esta estrategia busca contribuir a brindar servicios de calidad para mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia. De igual forma, aportar al reconocimiento, valorización, y profesionalización de la tarea, asumiendo que es necesario formarse para cuidar y para desarrollar una trayectoria laboral en el sector de cuidados.

**Línea de acción 2.1:** Identificar e involucrar a todos los actores institucionales que tienen relación con la formación de personas cuidadoras, a partir de acciones que aseguren la formación de los recursos humanos para la atención de niñas, niños y adolescentes y personas en situación de dependencia.

**Línea de acción 2.2:** Generar instrumentos que permitan realizar itinerarios formativos diferenciados pero que aseguren un “piso de calidad” común para todas las personas que cuidan o cuidarán en el futuro.

**Línea de acción 2.3:** Identificar el marco de cualificaciones y competencias de las personas que brindan o deseen brindar servicios de cuidado.

**Línea de acción 2.4:** Certificar las competencias laborales de las personas que brindan o deseen brindar servicios de cuidado.

**Línea de acción 2.5:** Implementar una ruta para la inclusión laboral de las personas cuidadoras que deseen ingresar al mercado laboral.

## ESTRATEGIA 3:

### MARCO REGULATORIO

Esta estrategia busca facilitar y fortalecer la implementación de la PNC. Para ello, el marco regulatorio comprenderá tres aspectos: i) la normativa necesaria, expidiendo un nuevo marco regulatorio o complementando el existente para la implementación de la política; ii) los arreglos institucionales que permitan su organización, implementación, financiación y sostenibilidad; y iii) los instrumentos concretos de aplicación, supervisión y control.

**Línea de acción 3.1:** Adopción de un instrumento normativo para la arquitectura institucional en torno a la Política Nacional de Cuidado y del Sistema Nacional de Cuidado, junto con sus mecanismos de financiamiento y sostenibilidad.

**Línea de acción 3.2:** Adopción de instrumento normativo para la implementación del Baremo de Valoración de la Dependencia como herramienta oficial de la Política Nacional de Cuidado y del Sistema Nacional de Cuidado, para la identificación de las personas con mayores niveles de dependencia y carga de cuidado en el hogar para las cuidadoras no remuneradas.

**Línea de acción 3.3:** Garantía de la calidad de los servicios públicos o privados a través de dispositivos normativos con definiciones en cuanto a su diseño, supervisión y fiscalización.

**Línea de acción 3.4:** Garantía de condiciones laborales adecuadas de quienes realicen trabajo remunerado en cuidados, mediante la garantía del cumplimiento del Convenio OIT 189 de 2011 “Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos” así como con la implementación de una ruta de formalización laboral de las personas que realizan trabajo remunerado en cuidados.

**Línea de acción 3.5:** Implementación de mecanismos para quienes realicen trabajo de cuidados no remunerados puedan conciliar dichas actividades con su actividad laboral remunerada.

## ESTRATEGIA 4:

### GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y EL CONOCIMIENTO

Esta estrategia busca brindar asesoramiento para la toma de decisiones a través de la producción sistemática de información. Incluye además el seguimiento del plan de acción y su presupuesto asociado, pero además persigue la sistematización permanente de la información disponible sobre las poblaciones objetivo del sistema como forma de adecuar diseños y dimensionar los efectos de la política sobre las condiciones de vida de las familias usuarias.

**Línea de acción 4.1:** Diseño e implementación de un Registro Nacional de Población Cuidadora, que podrá contemplar módulos específicos para personas usuarias, trabajadores/as con habilitación, instituciones de formación habilitadas y empresas proveedoras de servicios de cuidado.

**Línea de acción 4.2:** Implementación del Baremo de Valoración de la Dependencia como herramienta oficial de la Política Nacional de Cuidado y del Sistema General de Cuidado, para la identificación de las personas con mayores niveles de dependencia y la carga de cuidado en el hogar para las cuidadoras no remuneradas.

**Línea de acción 4.3:** Construcción y creación de conocimientos relativos a los cuidados, mediante el fortalecimiento del vínculo con el sector académico. Se profundizará en el conocimiento de cómo impactan las dinámicas urbanas en el uso del tiempo de las personas, en la investigación sobre desarrollos tecnológicos al servicio del cuidado, o la aplicación de las TICs a las estrategias y servicios de cuidado, entre otros temas de especial interés.

**Línea de acción 4.4:** Producción sistemática de información estadística oficial para la toma de decisiones en torno a la política nacional de cuidado, a través de Censos, Encuestas y estudios

a profundidad, que permitan obtener información a nivel nacional y territorial de las poblaciones dependientes y de la población cuidadora.

## ESTRATEGIA 5:

### COMUNICACIÓN PARA LA DIFUSIÓN DEL DERECHO AL CUIDADO Y LA PROMOCIÓN DEL CAMBIO CULTURAL

Esta estrategia busca desde un enfoque de derechos, fortalecer la comunicación como forma de facilitar el empoderamiento de la población cuidadora, no solo para su acceso a servicios o prestaciones, sino en términos del reconocimiento de sus derechos y obligaciones. De esta forma, también aporta a la reducción, redistribución y reconocimiento del trabajo de cuidado no remunerado que se realizan al interior de los hogares, mayoritariamente por mujeres, de cara a una nueva organización social del cuidado.

**Línea de acción 5.1:** Dinamizar un profundo cambio cultural que desnaturalice los roles de género en las tareas de cuidados al interior del hogar, teniendo como horizonte que los varones puedan comprometerse con el cuidado cotidianamente, permitiendo que las mujeres puedan recuperar espacios de autonomía y libertad para desarrollar sus proyectos de vida.

**Línea de acción 5.2:** Diseñar e implementar campañas de información, educación y comunicación en torno a los roles de género en las tareas de cuidados dentro y fuera del hogar y de sensibilización para los sectores público y privado y a nivel nacional y territorial.

## ESTRATEGIA 6:

### IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE CUIDADOS.

Esta estrategia busca definir las acciones para la implementación del Sistema General de Cuidados (SIGECU) en Colombia, el cual se deberá operativizar por medio de manzanas de cuidados, redes de cuidado y unidades rurales móviles bajo un esquema institucional con roles, responsabilidades y funciones claras en función de una oferta de cuidados integral, pertinente, suficiente, universal y sostenible. Para la implementación del SIGECU, se deberán tener en cuenta instrumentos de política, como el baremo para la valoración de la dependencia y el registro de población cuidadora.

**Línea de acción 6.1.** Adopción e implementación de un esquema institucional para articular y coordinar a nivel intersectorial e interinstitucional el Sistema General de Cuidados, el cual se operativizará por medio de manzanas de cuidado y unidades rurales móviles. Para ello, el DNP apoyará a la entidad rectora de la Política Nacional de Cuidado y a su Comisión Intersectorial en el análisis técnico para adecuar las manzanas de cuidado, redes de cuidado

y unidades rurales móviles como modelo de operación y articulación del SIGECU en las principales ciudades, ciudades intermedias y demás territorios según corresponda.

**Línea de acción 6.2.** Implementación de una canasta de servicios de cuidado suficiente y pertinente tanto para población sujeta de cuidados como para población cuidadora que responda a unos criterios de habilitación y estándares de calidad definidos y reglamentados. Para ello, el DNP apoyará a la entidad rectora de la Política Nacional de Cuidado y a su Comisión Intersectorial en el análisis técnico de suficiencia para tal fin.

**Línea de acción 6.3.** Diseño e implementación del esquema de financiación del Sistema General de Cuidados. Para ello, el DNP apoyará a la entidad rectora de la Política Nacional de Cuidado y a su Comisión Intersectorial en el análisis técnico que contemple distintos con escenarios y esquemas mixtos de aportes.

## SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento a la ejecución de las acciones para la implementación de la Política Nacional de Cuidados se realizará a través del Plan de Acción elaborado y aprobado en el marco de la Comisión Intersectorial de la Política Nacional de Cuidado. En este plan se señalarán las entidades responsables de cada acción, sus periodos de ejecución, los recursos necesarios y disponibles para llevarlas a cabo, así como las metas y los indicadores para medir el cumplimiento de los objetivos de la Política. El reporte periódico semestral al PAS lo realizarán todas las entidades integrantes de la Comisión con corte en los meses de junio y diciembre, y será consolidado por el DNP como secretario técnico de dicha instancia de conformidad con lo establecido en el reglamento de la Comisión.

La evaluación de la PNC seguirá los estándares definidos por el DNP (DNP, 2014), en tanto el enfoque de género en los procesos evaluativos de políticas públicas contribuye a una valoración más completa de la intervención en el desarrollo, profundizando el alcance de los criterios como eficacia y eficiencia, el impacto, la sostenibilidad a través de un conjunto de herramientas metodológicas y analíticas que se han desarrollado ampliamente en los últimos años y contribuye a explicar cómo ocurren los procesos que dieron origen a la intervención además de poner en evidencia la exclusión, discriminación y/o rezagos de determinados colectivos. En este sentido, el módulo de evaluación de la Política Nacional de Cuidado contempla dos evaluaciones, una primera intermedia o de procesos y una evaluación final o de resultados de la política. Los tiempos para realizar las evaluaciones serán definidos por la Comisión Intersectorial de la Política Nacional de Cuidado con el acompañamiento técnico del DNP.

# BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, R. (2005). Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales. CEPAL. Trigésima octava reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (febrero de 2021). Alcaldía Mayor de Bogotá. Obtenido de 8030122498 - Prosperidad Social- Infraestructura y hábitat – Información sobre infraestructura social y hábitat: <https://guiatramitesyservicios.bogota.gov.co/tramite-servicio/prosperidad-social-infraestructura-y-habitat-informacion-sobre-infraestructura-social-y-habitat/>

BID-DNP. (2021). Financiamiento y sostenibilidad de las políticas y sistemas de cuidado: experiencias internacionales y regionales. Colombia.

CEPAL. (2016). Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Obtenido de [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/40628/S1600887\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/40628/S1600887_es.pdf)

CEPAL. (2017). El enfoque de derechos en las políticas públicas. Obtenido de [https://www.cepal.org/sites/default/files/courses/files/lun22\\_se\\_scecchini\\_enfoque\\_derechos.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/courses/files/lun22_se_scecchini_enfoque_derechos.pdf)

CEPAL. (2017). Género y transporte: experiencias y visiones de política pública en América Latina. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43125/1/S1700969\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43125/1/S1700969_es.pdf)

CEPAL. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Perspectiva regional y de derechos humanos. Libros de la CEPAL No.154.

CEPAL. (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de Covid-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. Obtenido de Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CEPAL. (Agosto de 2015). Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Obtenido de Las políticas de cuidado demandan de una institucionalidad específica sólida y con recursos asignados. Nota informativa.: <https://www.cepal.org/es/notas/politicas-cuidado-demandan-institucionalidad-especifica-solida-recursos-asignados>

CEPAL. (Marzo de 2013). Obtenido de Notas de la CEPAL: [https://www.cepal.org/notas/75/EnFoco\\_3](https://www.cepal.org/notas/75/EnFoco_3)

CEPAL. (s.f.). Obtenido de Sobre el cuidado y las políticas de cuidado: <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado>

CEPAL-CELADE. (2011). La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos. Obtenido de [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/7137/S1100140\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/7137/S1100140_es.pdf)

CEPAL-ONU. (2018). Los cuidados en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2007-2018. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44361/1/S1801102\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44361/1/S1801102_es.pdf)

CIPI. (2020 a). Acta No. 3. Sesión 03 – Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia., (pág. 29). Obtenido de <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/ActasCIPI/2020/Acta%20No.%203%202020%20Comisi%C3%B3n%20Intersectorial%20Primera%20Infancia.pdf>

CIPI. (2020 b). Informe de la implementación de la política de Estado para el desarrollo integral de la primera infancia de cero a siempre. Vigencia 2019. Obtenido de <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Informe-Politica-DIPI-2019.pdf>

Consejo de Europa. (18 de Septiembre de 1998). Recomendación No. 98 relativa a la dependencia. Obtenido de <https://sid-inico.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>

Correa Montoya, L., Rúa Serna, J., & Valencia Ibáñez, M. (2018). #EscuelaParaTodos: panorama y retos del derecho a la educación inclusiva de las personas con discapacidad en Colombia. Bogotá: DescLAB. Recuperado el 15 de noviembre de 2020, de <https://rededucacioninclusiva.org/wp-content/uploads/2019/02/EscuelaParaTodos-LAB-Monitor.pdf>

Corte Constitucional. (2008). Sentencia T-585 de 2008. Obtenido de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=82688&dt=S>

Corte Constitucional. (2013). Sentencia C-438/13. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-438-13.htm>

DANE - ONU Mujeres. (2020c). Cuidado no remunerado en Colombia: Brechas de género.

DANE. (2013). Cuenta Satélite de la economía del cuidado. Fase 1: Valoración económica del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado. Bogotá D.C.

DANE. (2017). Departamento Administrativo Nacional de Estadística . Obtenido de Informe de Gestión Ley 1413 de 2010: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/cuentas/ec/12\\_informe\\_semestral\\_Ley\\_1413.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/cuentas/ec/12_informe_semestral_Ley_1413.pdf)

DANE. (2017). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo-ENUT 2016-2017. Bogotá.

DANE. (2019a). Proyecciones de población por área, sexo y edad 2018-2070. Bogotá.

DANE. (2020). Obtenido de ENUC: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/educacion/educacion\\_formal/2021/bol\\_EDUC\\_21.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/educacion/educacion_formal/2021/bol_EDUC_21.pdf)

DANE. (2020). Personas con Discapacidad. Retos diferenciales en el marco del COVID 19. Bogotá.

DANE. (2021). Boletín Técnico Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT). Septiembre a diciembre de 2020 . Bogotá.

DANE. (octubre de 2020 c). Informe sobre cifras de empleo y brechas de género. Cambios en el empleo en actividades de cuidado remunerado a raíz del COVID-19. Bogotá: DANE-Universidad Javeriana.

DANE-CNPV. (2018 b). Recuperado el 28 de octubre de 2020, de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>

DANE-ECV. (2019). Recuperado el 31 de octubre de 2020, de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2019>

DANE-EDUC. (2019). Recuperado el 30 de octubre de 2020, de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/educacion/poblacion-escolarizada/educacion-formal>

DANE-GEIH. (2019). Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo#2019>

DANE-GEIH. (2019). Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo#2019>

DANE-ONU Mujeres. (2020). Tiempo de Cuidados: Las cifras de desigualdad. Bogotá.

DANE-ONU Mujeres. (2020b). Mujeres y Hombres: brechas de género en Colombia. Obtenido de Departamento Administrativo Nacional de Estadística : <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/mujeres-y-hombre-brechas-de-genero-colombia-informe.pdf>

Díaz, A. (2015). Estado de salud y gasto para la población adulta mayor. (6).

DNP. (2013). Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social. Bogotá.

DNP. (2014). Guías para la aplicación del enfoque de igualdad de género y derechos humanos en el sistema nacional de evaluación en Colombia.

DNP. (2014). Observatorio Nacional de Familias. . Obtenido de Cuidado y atención integral a la primera infancia. Boletín No. 4: <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Boletines/bolet%3ADn-no.-4.-%3BALima-versi%3%B3n-compressed.pdf>

DNP. (2017). Avances de la construcción de las bases del Sistema Nacional de Cuidado – SINACU.

DNP. (2018). Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Sala situacional de las personas con discapacidad. MSPS: SISPRO. RLPCD.

DNP. (2018). Economía del cuidado: revisión de literatura, hechos estilizados y políticas de cuidado Economía del cuidado: revisión de literatura, hechos estilizados y políticas de cuidado. Subdirección de Género.

DNP. (2019). Documento de Lineamientos de Política de Cuidado en Colombia. Bogotá.

DNP. (2019b). Identificación de la oferta institucional de cuidado a nivel nacional: Sistemas e instancias que integran la política pública.

DNP. (2019c). Integrando el cuidado al sistema de protección social en Colombia.

DNP. (2019d). Propuesta de arreglo institucional para la política pública de cuidado. Subdirección de Género.

DNP. (2020). Bases de la Política Nacional de Cuidado.

DNP. (2020). Departamento Nacional de Planeación. Archivos de Economía. Documento 510. Obtenido de Brechas de Género en el trabajo Doméstico y de Cuidado No Remunerado en Colombia.: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/510.pdf>

DNP-BID. (2020). Diagnóstico de la oferta de servicios de cuidado en el país, incorporando los servicios de cuidado identificados en las experiencias internacionales.

DNP-ESAP-USAID. (2011). Departamento Nacional de Planeación. Obtenido de Guías para la gestión pública territorial. Elementos básicos del Estado colombiano:

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Guia%20Elementos%20Basicos%20Estado.pdf>

DNP-SISFUT. (2020 a). Departamento Nacional de Planeación - Sistema de Información del Formulario Único Territorial (SISFUT). Ingresos - Reporte 2019.

Esquivel, V. (2011). Atando cabos, deshaciendo nudos. La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Esquivel, V. E. (2012). Las lógicas del cuidado infantil, entre las familias, el estado y el mercado. . IDES, UNFPA y Unicef.

Esquivel, V., & Kaufmann, A. (2017). Innovations in Care. New Concepts, New Actors, New Policies. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Esquivel, Valeria. (2011). La Economía del Cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. PNUD.

Flórez, C., Martínez, L., & Aranco, N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia. Nota técnica del BID. Banco Interamericano de Desarrollo.

FUHEM. (s.f.). Sistema Público Vasco de Atención a la Dependencia. Obtenido de NO HABRÁ IGUALDAD SIN SERVICIOS PÚBLICOS Y REPARTO DEL CUIDADO Algunas ideas para una política feminista1: <https://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Boletin%20ECOS/Boletin%2010/PONENCIA-CUIDADOS.pdf>

Global Policy Watch. (2019). Sistemas de cuidado y ODSs: políticas públicas para la sostenibilidad de la vida. Corina Rodríguez.

González, M. Q. (2004). Discapacidad y dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: IMSERSO. Obtenido de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>

ICBF. (2013). Instituto Nacional de Bienestar Familiar . Obtenido de ABC del Sistema Nacional de Bienestar Familiar : [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/abc\\_del\\_snbfb.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/abc_del_snbfb.pdf)

ICBF. (2018). Informe de gestión 2018. Obtenido de [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/informe\\_de\\_gestion\\_icbf\\_enero\\_31\\_de\\_2019.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/informe_de_gestion_icbf_enero_31_de_2019.pdf)

ICBF. (2019 a). Informe de gestión 2019. Obtenido de [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/informe\\_de\\_gestion\\_2019\\_icbf.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/informe_de_gestion_2019_icbf.pdf)

ICBF. (2019 c). Lineamiento técnico del modelo para la atención de los niños, las niñas y adolescentes, con derechos amenazados y/o vulnerados. Restablecimiento de derechos.

ICBF. (2020 a). Recuperado el 11 de octubre de 2020, de <https://www.icbf.gov.co/portafolio-de-servicios-icbf/hogar-sustituto>

ICBF. (2020 f). Manual operativo modalidad para el fortalecimiento de capacidades de niñas, niños y adolescentes con discapacidad y sus familias. Obtenido de [https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/mo19.pp\\_manual\\_operativo\\_modalidad\\_para\\_el\\_fortalecimiento\\_de\\_capacidades\\_de\\_nna\\_con\\_discapacidad\\_y\\_sus\\_familias\\_v2.pdf](https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/mo19.pp_manual_operativo_modalidad_para_el_fortalecimiento_de_capacidades_de_nna_con_discapacidad_y_sus_familias_v2.pdf)

ICBF. (2020 g). Modalidad para el fortalecimiento de capacidades de niñas, niños y adolescentes con discapacidad y sus familias. Obtenido de [https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/mo19.pp\\_manual\\_operativo\\_modalidad\\_para\\_el\\_fortalecimiento\\_de\\_capacidades\\_de\\_nna\\_con\\_discapacidad\\_y\\_sus\\_familias\\_v2.pdf](https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/mo19.pp_manual_operativo_modalidad_para_el_fortalecimiento_de_capacidades_de_nna_con_discapacidad_y_sus_familias_v2.pdf)

IMPO . (2015). Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay (SNIC). Ley 19353. Obtenido de Centro de Información Oficial. Normativa y Avisos Legales del Uruguay: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015/3>

INCODER. (2012). Estrategia de Desarrollo Rural con Enfoque Territorial.

INSMUJERES. (2011). Guía para el diseño de un diagnóstico organizacional con perspectiva de género. Obtenido de Instituto Nacional de las Mujeres - Montevideo, Uruguay: [http://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/19649/1/6\\_guia\\_diagnostico.pdf](http://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/19649/1/6_guia_diagnostico.pdf)

Jaramillo, Á. (2018). Institucionalidad pública para el envejecimiento y las formas de organización residencial. Papel político, 23(1), 35-90. Obtenido de [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/PaPo/PaPo%2023-1%20\(2018\)/77756817002/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/PaPo/PaPo%2023-1%20(2018)/77756817002/)

López Cecilia. (2010). Contexto de la economía del cuidado en tiempos de crisis. Obtenido de <http://www.cecilialopez.com/Documentos/D.Mujer.pdf>

Martínez R., y Maldonado C. (2015). Seminario: “Los desafíos de la institucionalidad social en el desarrollo de una protección social bajo el enfoque de derechos”. Obtenido de La institucionalidad social en América Latina y el Caribe. CEPAL. Social Development Division: [https://dds.cepal.org/proteccionsocial/actividades/seminario-tecnico-cepal-giz-agosto-2015/docs/Mesa%201\\_R\\_Martinez\\_C\\_Maldonado.pdf](https://dds.cepal.org/proteccionsocial/actividades/seminario-tecnico-cepal-giz-agosto-2015/docs/Mesa%201_R_Martinez_C_Maldonado.pdf)

MEN. (2018 a). Sistema integrado de matrícula de educación preescolar, básica y media. Recuperado el 31 de octubre de 2020, de <http://bi.mineducacion.gov.co:8380/eportal/web/planeacion-basica/tasa-de-cobertura-bruta1>

MEN. (2021). Sistema Integrado de Matrícula.

MEN-SIMAT. (2018). Discapacidad. Recuperado el 19 de noviembre de 2020, de <http://bi.mineducacion.gov.co:8380/eportal/web/planeacion-basica/discapacidad>

Ministerio de educación, C. y. (2013). FORMACION PARA LA AUTONIMIA Y LA VIDA INDEPENDIENTE. ESPAÑA: DOWN ESPAÑA. Obtenido de [http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/144L\\_guia.PDF](http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/144L_guia.PDF)

Morán, A., & Vergara, M. (2018). Caracterización del trabajo doméstico en Colombia desde un enfoque de género. En DANE, INVESTIGAS. Estudios innovadores sobre economía, género e indicadores (págs. 185-201). Bogotá: DANE.

Moreno , L. (12 de noviembre de 2020). Asesora Pastoral Social. (D. Avila, Entrevistador) MSPS. (15 de marzo de 2020 e). Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-discapacidad-dic2019-v2.pdf>

MSPS. (2015). Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento.

MSPS. (2020 f). Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado el 13 de octubre de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/vejez-calidad.aspx>

MSPS. (2020 g). Análisis situacional en centros de protección larga estadía para personas mayores.

MSPS. (28 de enero de 2020 a). Recuperado el 13 de octubre de 2020, de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/guia-implementacion-politicas-departamentales-veh-3.pdf>

MSPS. (Agosto de 2015). Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de ABECÉ Enfoque de Curso de Vida: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfocueCV.pdf>

Naranjo, Y. C. (2017). La teoría Déficit de autocuidado. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)

NIA. (s.f.). What Is Long-Term Care? Obtenido de National Institute on Aging. U.S. Department of Health and Human Services: <https://www.nia.nih.gov/health/what-long-term-care>

OIT. (2019). El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo. doi: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--gender/documents/publication/wcms\\_737394.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--gender/documents/publication/wcms_737394.pdf).

OMS. (2001). ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>

OMS. (2015). World report on ageing and health. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf)

ONU . (s.f.). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Obtenido de Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>

ONU Mujeres . (s.f.). Naciones Unidas . Obtenido de Incorporación de la perspectiva de género: <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/un-system-coordination/gender-mainstreaming>

ONU Mujeres, CEPAL. (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de Covid-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación.

ONU Mujeres. (2018). Hacer las promesas realidad: la igualdad de género en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible.

ONU Mujeres. (2018). Reconocer, Redistribuir y Reducir el Trabajo de Cuidados. Prácticas Inspiradoras en América Latina y el Caribe.

ONU Mujeres. (2020). Duran María Ángeles. Causas y efectos en los cuidados. Bogotá.

ONU. (2006). Naciones Unidas. Obtenido de Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

ONU. (2015). Obtenido de Informe del Comité Intergubernamental de Expertos en Financiación para el Desarrollo Sostenible: [https://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/03/SummaryICESDF\\_Sp.pdf](https://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/03/SummaryICESDF_Sp.pdf)

ONU. (s.f.). Naciones Unidas. Agenda 2030. Obtenido de Enfoque para la programación basado en los Derechos Humanos: <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>

Pineda Duque, J. (2014). Trabajo de cuidado de la vejez en una sociedad en envejecimiento. La manzana de la discordia, 9(1), 53-69. doi: <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v9i1.1613>

Presidencia de la República. (s.f.). Presidencia de la República. Obtenido de <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/ComisionIntersectorial.aspx>

Rae Jacobson. (s.f.). El autocuidado en tiempos de Coronavirus. Obtenido de Mind Child Institute.

Sánchez. (2004). Urbanismo con Perspectiva de Género. Instituto Andaluz de la Mujer. Obtenido de Instituto Andaluz de la Mujer: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/urbanismo\\_con\\_perspectiva\\_genero.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/urbanismo_con_perspectiva_genero.pdf)

Superintendencia de Subsidio Familiar. (2020). Recuperado el 13 de noviembre de 2020, de <https://www.ssf.gov.co/documents/20127/703043/ni%C3%B1o+y+ni%C3%B1a+infografia.pdf/23fac4e9-2a27-33b0-1cc4-70ad7f1ab5c0>

UNFPA. (2014). Políticas públicas, masculinidades y género: la experiencia de la Intendencia de Montevideo, Uruguay (2006-2014).

Unión temporal Econometría S.A - SEI. (2016). Realizar una evaluación de impacto del Programa Colombia mayor que permita medir el efecto causal de la intervención en el ingreso, consumo, pobreza y condiciones de dignidad de los beneficiarios. Recuperado el 13 de octubre de 2020, de [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Colombia\\_Mayor\\_Producto\\_4\\_Informe%20final.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Colombia_Mayor_Producto_4_Informe%20final.pdf)

Universidad Nacional de Colombia - Manizales. (11 de noviembre de 2020). Obtenido de [https://www.manizales.unal.edu.co/manizales/news/universitarios-adoptan-a-adultos-mayores/?tx\\_news\\_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=62eae50439878457e82f7ef335a1bc2](https://www.manizales.unal.edu.co/manizales/news/universitarios-adoptan-a-adultos-mayores/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=62eae50439878457e82f7ef335a1bc2)

Zucchini, E. (2015). Tesis Doctoral: Género y transporte: análisis de la movilidad del cuidado como punto de partida para construir una base de conocimiento más amplia de los patrones de movilidad. El caso de Madrid. Universidad Politécnica de Madrid. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid. Escuela Técnica Superior de Arquitectura. Departamento de Urbanística y Ordenación del Territorio.

# ANEXOS

## Anexo 1. Marco normativo internacional referente a cuidado

NORMATIVIDAD	DEFINICIÓN
Constitución Política de Colombia	<p>“Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.”</p> <p>*Conforme a este artículo, “la acción del Estado debe dirigirse a garantizarle a los asociados condiciones de vida dignas. Es decir, con este concepto se resalta que la voluntad del Constituyente en torno al Estado no se reduce a exigir de éste que no interfiera o recorte las libertades de las personas, sino que también exige que el mismo se ponga en movimiento para contrarrestar las desigualdades sociales existentes y para ofrecerle a todas las oportunidades necesarias para desarrollar sus aptitudes y para superar los apremios materiales.” (Sentencia SU-747 de 1998. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz).</p> <p>“Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.”</p> <p>La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.</p> <p>“Artículo 46. El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.”</p> <p>“Artículo 53. El Congreso expedirá el estatuto del trabajo. La ley correspondiente tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales: igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad. El</p>

	<p>estado garantiza el derecho al pago oportuno y al reajuste periódico de las pensiones legales.</p> <p>“Artículo 366. El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”.</p>
<p><b>Ley 1413 de 2010 Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (PND 2014-2018)</b></p>	<p>“Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país, y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas” es el principal referente legal sobre la Economía del Cuidado en Colombia.</p>
<p><b>Ley 1257 de 2008</b></p>	<p>"Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones".</p> <p>“Artículo 12. Medidas en el ámbito laboral El Ministerio de la Protección Social, además de las señaladas en otras leyes, tendrá las siguientes funciones: 1. Promoverá el reconocimiento social y económico del trabajo de las mujeres e implementará mecanismos para hacer efectivo el derecho a la igualdad salarial. 2. Desarrollará campañas para erradicar todo acto de discriminación y violencia contra las mujeres en el ámbito laboral. 3. Promoverá el ingreso de las mujeres a espacios productivos no tradicionales para las mujeres.”</p>
<p><b>Política nacional de envejecimiento y vejez 2007 - 2019</b></p>	<p>Ley 1251 de 2008. Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. ARTÍCULO 1o. OBJETO. La presente ley tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, Plan de Viena de 1982, Deberes del Hombre de 1948, la Asamblea Mundial de Madrid y los diversos Tratados y Convenios Internacionales suscritos por Colombia.</p>
<p><b>Ley 1098 de 2006 - Código de la Infancia y la Adolescencia.</b></p>	<p>ARTÍCULO 1o. FINALIDAD. Este código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.</p> <p>ARTÍCULO 2o. OBJETO. El presente código tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado.</p>

**Ley 1804 de 2016 - Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones**

ARTÍCULO 1o. PROPÓSITO DE LA LEY. La presente iniciativa legislativa tiene el propósito de establecer la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, la cual sienta las bases conceptuales, técnicas y de gestión para garantizar el desarrollo integral, en el marco de la Doctrina de la Protección Integral.

Con ello busca fortalecer el marco institucional para el reconocimiento, la protección y la garantía de los derechos de las mujeres gestantes y de los niños y las niñas de cero a seis años de edad, así como la materialización del Estado Social de Derecho.

**Decreto 1885 de 2015 Por el cual se crea el Sistema Nacional de Coordinación de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SNCRPA) y se dictan otras disposiciones.**

ARTÍCULO 1o. OBJETO. El presente decreto tiene como objeto crear el Sistema Nacional de Coordinación de Responsabilidad Penal para Adolescentes, estableciendo su conformación, objetivos y funciones

ARTÍCULO 2o. CREACIÓN. Créase el Sistema Nacional de Coordinación de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SNCRPA), como una instancia para la coordinación y articulación interinstitucional, intersectorial e intersistémica y la fijación de parámetros técnicos, que entre otras realizará el seguimiento y la evaluación de las acciones contempladas en las Leyes 906 de 2004, 1098 de 2006, 1453 de 2011, 1622 de 2013 y 1450 de 2011 en lo relacionado con la responsabilidad penal para adolescentes, o las normas que las modifiquen, o sustituyan, respetando en todo caso el marco de competencias constitucionales y legales de las entidades que lo conforman.