

Foro

Implementación de políticas de cuidado con enfoque territorial

Realidades y retos



**27 de mayo
de 2022**

• **Memorias del evento** •

Implementación De Políticas De
Cuidado Con Enfoque Territorial
Realidades Y Retos

Créditos:
*Corresponde A Cada Uno De Los
Autores De Los Capítulos.*

Publicación Oficial Del:
Centro De Pensamiento Cuidado Eje
Esencial Y Ético De Las Políticas De
Bienestar, Equidad Y Calidad De Vida

Institución editora:
*Universidad Nacional De Colombia
Bogotá, Colombia
2022*

Editoras Académicas:
*Katya Anyud Corredor Pardo
Luz Patricia Díaz Heredia
Yaira Yohana Pardo Mora*

Responsable económico y jurídico
de la publicación
*Katya Anyud Corredor Pardo
Universidad Nacional De Colombia
Bogotá, Colombia*

Editores:
*Cristian David Cifuentes Tinjaca
Daniel Arturo Guerrero Gaviria*

ISSN: 2981-6912 (En línea)

Primera Edición, 2022

© Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá

Facultad de Enfermería - Dirección de Extensión e Investigación

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Hecho en Colombia

TABLA DE CONTENIDO

5	Índice temático
7	Índice de autores
11	Agradecimientos
12	Introducción
15	Prefacio
17	Inauguración – Decana Facultad de Enfermería
19	Inauguración - Vicerrectoría de Investigación
20	Política de cuidado en Colombia: sistema distrital de cuidado
23	Parte I. Realidad de la implementación de la política en los territorios
24	Cuidadores familiares derechos
26	Sistema distrital de cuidados para santiago de cali
28	Sistema territorial de cuidado: un desafío inédito
32	Apuestas por el cuidado
34	Discusión y cierre
37	Parte II. Experiencias de implementación en proyectos y programas específicos
38	Gestión de la salud a partir de la integralidad de los modelos de atención
41	Experiencia en el cuidado de pacientes crónicos en el marco de la atención primaria en salud en el sur de bogotá
44	Visión del cuidado de las personas con discapacidad - red internacional del cuidado
46	Nuevas tecnologías en el cuidado de las personas mayores - tecuido
50	Discusión y cierre

- 53** **Parte III.**
Experiencias de formación del recurso humano en cuidado
 - 54** Experiencia de formación del recurso humano en cuidado
 - 56** Análisis del gasto de inversión en salud y en temáticas de cuidado
 - 58** Trabajo de cuidado: profesionalización y valoración de la enfermería en el cuidado de la salud y la vejez en Colombia

 - 61** Grabación de la sesión
-

ÍNDICE TEMÁTICO

A

Alianzas
Apoyo
Atención Primaria en Salud
Autocuidado
Autonomía

B

Bienestar
Bienestar social

C

Calidad de vida
Carga de enfermedad
Co-creación
Comisión Económica para América Latina y el Caribe
Comunidades
Contexto social
Crónico
Cuidado
Cuidadores
Cuidadores familiares

D

Democracia
Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Derechos
Desarrollo
Desigualdad
Diabetes Mellitus
Discriminación

E

Educación
Empoderamiento político
Empoderamiento social
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
Enfermedades crónicas no transmisibles
Enfermería
Enfoque de derechos
Envejecimiento
Epidemiología
Equidad
Equidad de género
Ética
Eventos de salud prevenibles

G

Grupos poblacionales

H

Herramientas prácticas
Hipertensión Arterial
Hogares

I

Igualdad de género
Indicadores
Interprofesional
Intervención
Investigación

L

Liderazgo

M

Masculinidades
Mecanismos de participación
Modelo
Mujer

N

Necesidades

P

Personas adultas mayores
Personas en situación de discapacidad
Plan de Atención de Enfermería
Plurietnicidad
Pobreza extrema
Política
Política pública
Programas específicos

R

Redes comunitarias
Rehabilitación

S

Salud
Salud física
Salud mental
Sistema de cuidado
Superintendencia de salud

T

Talento Humano en Salud
Tasa de fecundidad
Tecnología
Telecomercio
Teleeducación
Telemedicina
Teletrabajo
Transformación cultural
Tratamiento

V

Vejez
Víctimas de violencia
Violencias
Vulnerabilidad

ÍNDICE DE AUTORES

Katya Anyud Corredor Pardo

Enfermera, Especialista en Salud Familiar y Comunitaria, Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico, Coordinadora del Centro de Pensamiento «El cuidado, eje esencial y ético de las políticas de bienestar, equidad y calidad de vida», Profesora asociada de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

Correo: kacorredorp@unal.edu.co

Luz Patricia Díaz Heredia

Enfermera, Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria, Especialista en Investigación para Latinoamérica en el fenómeno de las drogas, Magíster y Doctora en Enfermería, Profesora asociada de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

Correo: lpdiazh@unal.edu.co

Yaira Yohana Pardo Mora

Enfermera, Doctora en Enfermería, Profesora asistente de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

Correo: yypardom@unal.edu.co

Gloria Mabel Carrillo González

Enfermera, Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia de Servicios de Salud, Doctora en Enfermería. Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá.

Correo: gmcarrillog@unal.edu.co

Mario Fernando Guerrero Gutiérrez

Pregrado en Historia, Magíster en Comunicación y Medios, Doctor en Medios, Comunicación y Cultura. Investigador en Conflicto, Política comparada y análisis comunicativo, docente y editor académico. Líder grupo de investigación “Comunicación, Educación, TICs y Conflictos Contemporáneos”. Vicerrectoría de Investigación- Universidad Nacional de Colombia.

Correo: mfguerrerog@unal.edu.co

Erika Natalia Moreno Salamanca

Economista y magister en Estudios de Género. Profesora de Economía Feminista en la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional. Directora del Sistema Distrital de Cuidado en la Secretaria de la Mujer de Bogotá. Integrante la Mesa de Economía Feminista y de la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado y colaboradora en la Red de las Mujeres de la Silla Vacía.

Correo: emoreno@sdmujer.gov.co

Jessica Alejandra Avella Blanco

Abogada, Especialista en Gestión y Planificación del Desarrollo Urbano y Regional, Concejal de Yopal – Casanare, Presidenta de la Comisión para la Equidad de la Mujer del Consejo de Yopal.

Correo: jess9410@hotmail.com

Mariella López Mejía

Socióloga, Especialista en Procesos de Intervención Social, Coordinadora del Sistema Distrital de Cuidados de la Subsecretaria de Equidad y Género de la Alcaldía de Santiago de Cali.

Correo: mariella.lopez@cali.gov.co

Roció Pineda García

Investigadora Social. Especialista en Investigación Social, Magíster en Género, Sociedad y Políticas, Cofundadora de la Red Nacional de Mujeres, la Ruta Pacífica e Iniciativa de Mujeres por la Paz. Ex Secretaria de las Mujeres de la Alcaldía de Medellín y la Gobernación de Antioquia. Actual integrante de la Instancia Especial para el seguimiento al Enfoque de Género en la Paz.

Correo: rpinedag@une.net.co

Erika Oliva Basante

Psicóloga, Magíster en etno-literatura, con experticia en género de más de 15 años. Actualmente responsable del resultado de género PDT Nariño e integra la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado del Departamento de Nariño y de la Red Guaneñas Feministas.

Correo: erika.ppn@gmail.com

Nubia Melo Orjuela

Enfermera, Especialista en Gobernabilidad, Ciencias Políticas y Gobierno, Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Líder en Procesos de población en Supersalud y procesos población vulnerable.

Correo: nubia.melo@supersalud.gov.co

Claudia Marcela Vargas Peláez

Química Farmacéutica, Magíster en Ciencias-Farmacología, Doctora en Farmacia. ONG Fundación Ifarma. Profesora Asistente de cátedra del departamento de Farmacia de la Universidad Nacional de Colombia.

Correo: cmvargasp@unal.edu.co

Miller Andrés Rodríguez Zárate

Asesor bancario de profesión, Cuidador 24/7 de mi Madre Gladis Zarate adulta mayor con discapacidad múltiple severa, Egresado del Programa de Formación Cuidado Básico de Personas con Dependencia Funcional, Ejecutivo de la Organización Pirelly Internacional, Veedor en Salud, Promotor Ley del Cuidador, Presidente Fundador de la Red Internacional del Cuidado.

Correo: miller_rodriguez@hotmail.com

Yolanda Gutiérrez

Persona mayor; tallerista en temas de cuidado; formadora de cuidadores de persona dependiente y con discapacidad; coordinadora del proceso piloto de certificación por competencias laborales en la titulación “Atención y cuidado de personas en el domicilio” (normas de competencia 260602026/7/8/9) SENA-Colombia; Integrante mesa técnica nacional para la implementación de la ley 1413 de economía del cuidado; Integrante mesa técnica distrital de defensores de la tutela.

Correo: yg934896@gmail.com

Diosa Isabel Rico García

Directora de servicios de la Organización TECuido. “Tecnologías de cuidado y acompañamiento”. Asesora de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social-OISS. SDIS- Red comunitarias de Cuidado

Correo: drico@sdis.gov.co.

Valentina Herrera Ospina

Abogada con opción en Antropología de la Universidad de los Andes con experiencia en derechos humanos y de género, concretamente respecto al desarrollo de proyectos y trabajo con población LGBTI y personas con discapacidad. Miembro de la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado -MIEC y de la Red de Formadores de la Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla.

Correo: vherrerao@unal.edu.co

Uriel Ignacio Espitia Vásquez

Psicólogo, Especialista en Comunicación Educación y Magíster en Investigación en Problemas Sociales Contemporáneos, Profesor universitario e investigador independiente. Consultor asesor académico.

Correo: uiespitiav@unal.edu.co

Daniel Duque Lozano

Economista, Maestrante en Inteligencia Artificial. Analista de Política Fiscal y tributación con enfoque de género. Asesor económico en Observatorio Fiscal

Correo: daniel_duque@javeriana.edu.co

Javier Armando Pineda Duque

Economista, Magíster en Economía, Doctor en Filosofía. Profesor Asociado en Sidra, Universidad de los Andes. Coordinador del grupo Clacso sobre Género y Cuidados, y es miembro de la Asociación Latinoamericana de Estudios Laborales -ALAST, y Asociación de Estudios Latinoamericanos - LASA

Correo: jpineda@uniandes.edu.co

PALABRAS CLAVE

Cuidado, Política Pública, Territorio Sociocultural, Co-creación. (Términos MESH).

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas que hicieron posible este evento, que a través de sus narrativas nos permitieron conocer lo que pasa en diferentes territorios a nivel nacional con relación a cuidar y el potencial de las comunidades, a la Universidad Nacional de Colombia por permitirnos soñar con un centro de pensamiento y sus posibles caminos, que nos han permitido trasegar en espacios de participación ciudadana.

INTRODUCCIÓN

Katya Anyud Corredor Pardo¹

En el año 2019 a partir de la convocatoria de nuevo centro de pensamiento de la Universidad Nacional de Colombia conjuntamente con las profesoras Luz Patricia Díaz y Yaira Yohana Pardo y a partir de la herencia recibida del trasegar de muchos años del Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería, decidimos presentarnos y soñar con las directrices de conformar un Centro de Pensamiento.

Dentro de las proyecciones del Centro de Pensamiento se encontraba constituirse en un grupo humano que permitiera el diálogo interinstitucional e intersectorial e interprofesional (UNAL, 2022) en su formulación se planteó cómo proyectarse en un escenario de reflexión de análisis y construcción de lineamientos sobre el cuidado siendo este último el tema central a bordar en las diferentes instancias y momentos.

Dentro de las estrategias de aportar a las políticas públicas de cuidado se consideró cómo relevante reconocer los diferentes actores a nivel territorial y cómo estos han influido en diferentes escenarios permitiendo generar memoria, sensibilización y nuevas formas de trabajar el tema de cuidado no solo desde lo académico sino desde lo social y sus implicaciones en el cotidiano de las personas y en las comunidades en general.

En el foro “Implementación de políticas de cuidado con enfoque territorial: realidades y retos” (UNAL, 2022) se permitió reconocer las experiencias territoriales del cuidado y cómo diversos actores sociales, académicos y con poder en la formulación de políticas públicas se convierten en voceros de la sociedad civil acorde con las necesidades y procesos de ganancia al interior de las comunidades, de las familias y de los individuos en diferentes etapas del curso de vida y cómo estas estrategias ahondan no solo en las carencias sino en las fortalezas y permiten reconocer los saberes y la construcción culturalmente congruente en los territorios.

Por ello es necesario resaltar y pensar que además de generar espacios de construcción colectiva, de socialización es necesario que desde los tomadores de decisiones en política pública, se considere las dimensiones la participación social con directrices claras que permitan reconocer a los otros cómo interlocutores válidos sabedores y conocedores de la realidad, con capacidades de lideren procesos que continúe transformando la realidad en las comunidades.

Colombia y en general América Latina atraviesa un momento político oportuno porque existe el interés político y la necesidad por construir las políticas de Cuidado o el sistema nacional de cuidado y que sea una realidad su implementación superando las barreras.

¹ Enfermera, Especialista en Salud Familiar y Comunitaria, Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico, Coordinadora del Centro de Pensamiento «El cuidado, eje esencial y ético de las políticas de bienestar, equidad y calidad de vida», Profesora asociada de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Correo: kacorredorp@unal.edu.co

Es así como quienes estamos interesados en diferentes forma podríamos soñar que el cuidado se convierte en un eje transversalizado con respecto al momento histórico de Colombia y América Latina y la necesidad de asumir nuevas transiciones en la población no solo por los proceso migratorios internos y externos sino en general en las dinámicas poblacionales y sociales derivadas de estos cambios y de las particularidades poblacionales y los cambios surgidos no sólo en las últimas décadas sino en los fenómenos y movilizaciones sociales de diferente índole y más ahora que la postpandemia ha modificado la representación social del cuidado y sus implicaciones.

Es así cómo es necesario desde mi postura cómo directora del centro de pensamiento además de reconocer cómo punto de partida el diamante del cuidado el cual permite revisar y comprender la organización social del cuidado, evidenciar cómo los estamentos (Estado, mercado, familia y comunidad) y los actores sociales (familiares, vecindad, profesionales y gobernantes) interactúan para proveer servicios de cuidados en los diferentes momentos del curso de vida de una persona, que son materializados por entidades de orden público, privado y mixto (GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA, S.F.).

El cuidado Realidades y retos - Ejemplo desde el Centro de Pensamiento. Alianzas



Elaboración Centro de pensamiento

Con el ejemplo anterior se puede considerar que los debates en torno a la relevancia del cuidado como categoría nuclear de las políticas y sistemas enfocados en este campo y, más ampliamente, como pilar de los sistemas nacionales de protección social, reconocen cuatro actores principales en torno a los cuales deben estructurarse las acciones y derroteros que se tracen. Son éstos: la familia, la comunidad o sociedad civil, el mercado y el Estado. Cada uno de ellos ocupa un lugar relevante para garantizar el cuidado de la población, entendiendo que éste se ha venido interpretando también -y cada vez con más fuerza- desde el plano de los derechos: el derecho a ser cuidado y el deber de cuidar.

Es preciso pensar sobre qué es el cuidado, cómo lo vivimos y cómo se estructura. Nosotros tenemos “cuidado”. Nosotros somos cuidado, de manera que el cuidado es una condición ontológica que constituye al ser humano. Es una forma muy particular de ser en cada hombre y mujer. Sin cuidado nos deshumanizamos. Es por esto por lo que es necesario realizar una reflexión acerca del significado del cuidado a través de la historia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gobernación de Antioquia. (n.d.). *Hablemos de Economía del Cuidado*. Retrieved October 7, 2022, from <https://mujeresantioquia.gov.co/web/index.php/comunidades/autonomia-economica-de-las-mujeres/hablemos-de-economia-del-cuidado>

Universidad Nacional de Colombia. (2022). *Boletín SIUN*. Investigación Notas Boletín SIUN. <https://investigacion.unal.edu.co/boletin/notas-boletin-un-investiga/news/foro-implementacion-de-politicas-de-cuidado-con-enfoque-territorial-realidades-y-retos-cp-cuidad/>

Universidad Nacional de Colombia - (2022). *Centro de Pensamiento «Cuidado: Eje esencial y ético de las políticas de bienestar, equidad y calidad de vida»*: Centro de Pensamiento «Cuidado: eje esencial de las políticas de bienestar, equidad y calidad de vida» - Escuela de Pensamiento Universitario de la Universidad Nacional de Colombia. Retrieved October 7, 2022, from <http://pensamiento.unal.edu.co/cp-cuidado/>

PREFACIO

Apuesta a la mejora de los sistemas de cuidado de Colombia

Cristian David Cifuentes Tinjaca², Daniel Arturo Guerrero Gaviria³

Las experiencias relacionadas con el sistema de cuidado desde una perspectiva territorial inclusiva, abierta y propositiva. Esta, facilita el diálogo entre los diferentes actores en el proceso de construcción de propuestas para viabilizar y mejorar el sistema de cuidado Colombiano, con una perspectiva de género, ruralidad y urbanidad. Asimismo, describe de manera narrativa los proyectos y experiencias que han contribuido de manera significativa a la construcción e implementación de políticas en el territorio nacional. Así, como la creación y ejecución de proyectos y programas específicos de atención, y a la formación del Talento Humano en Salud y las comunidades; dando respuesta a las necesidades de cuidado integral de las poblaciones.

Se retoman conceptos de salud, economía, políticas, atención, género, educación, entre otros. Se resaltan las problemáticas, retos y necesidades a los que se enfrentan las comunidades científicas, académicas y sociales de Colombia frente a la construcción de nuevos lineamientos para la gestión del cuidado en el país. Además de ello, se establecen propuestas que podrían contribuir a la mitigación de las necesidades desde los diferentes actores y sectores, con enfoques diversos y metodologías innovadoras, con la construcción de procesos de formación holísticos y con responsabilidad social. Lo que conlleva a la generación de perfiles que contribuyen con sus conocimientos y habilidades a la co-creación interdisciplinar e intersectorial del cuidado a nivel nacional.

Además, es un aporte sustancial del Centro de pensamiento: El cuidado, eje esencial y ético de las políticas de bienestar, equidad y calidad de vida de la Universidad Nacional de Colombia, para la búsqueda de la garantía de un cuidado humanizado, digno, diferencial, sin distinciones y de excelencia. El fin de este centro es promover la discusión y co-construcción multidisciplinaria de nuevas estrategias, políticas, ideamientos y la actualidad del cuidado en el país. La Universidad, como centro académico promueve la argumentación, en este caso, desde el cuidado como eje esencial de la sociedad, al ser espina medular del sistema de salud, y, por consiguiente de nosotros como sociedad.

El cuidado tiene un componente humano, cultural, social, económico y político, por lo que es deber de la ciudadanía, tener una participación activa, en las discusiones en torno a este, ya que tiene una implicación directa en la cotidianidad del individuo y las comunidades. Es impor-

2 Enfermero, Diplomado en Investigación en Enfermería, Miembro Capítulo Upsilon Nu - Sigma Theta Tau International, Universidad de los Llanos. Correo: cristian.cifuentes@unillanos.edu.co

3 Enfermero, Estudiante de Maestría en Enfermería, Miembro Capítulo Upsilon Nu - Sigma Theta Tau International, Universidad Nacional de Colombia. Correo: daguerreroga@unal.edu.co

tante resaltar que las políticas de cuidado tienen una alta inherencia en la vida del individuo, sin embargo, el principio del cuidado inicia por uno mismo, desde el autocuidado. Si no me cuido a mí, como individuo, es imposible que pueda proveer cuidados a la comunidad y sociedad en general. Como individuos somos únicos, inigualables, por lo que nuestras necesidades específicas para el cuidado varían, es por ello, que tenemos el deber de participar en los espacios de discusión y reflexión para la estipulación de políticas de cuidado, en aras de abogar por las necesidades desde un nivel micro, meso y macro.

INAUGURACIÓN

Decana Facultad de Enfermería

Gloria Mabel Carrillo González ⁴

La profesora Gloria Mabel Carrillo, decana de la facultad de enfermería, da un saludo muy especial a todos los asistentes, conferencistas, miembros del centro de pensamiento, al profesor Mario Fernando Guerrero Gutiérrez de la Vicerrectoría académica al primer foro del centro del pensamiento. Posteriormente, se da una reflexión sobre lo que representa el cuidado para enfermería, ya que este es el sujeto de estudio de la disciplina, se vislumbra como una ciencia y un arte que exige conocimientos, actitudes especiales, y se enmarca en una pregunta clave ¿Cómo transmitir esa ciencia y ese arte de cuidar? La experiencia de cuidado implica ver al ser humano como activo, trascendente, reconocerlo desde sus antecedentes, las influencias psicosociales y culturales en su historia, familiar, laboral, y corporal. Implica una perspectiva de un ser humano activo, que de acuerdo con sus percepciones y experiencias, influye en el medio, además es influido por el mismo medio. Es trascendente porque es portador de cultura, participa con su diferencia en un ecosistema humano, ambiental y por supuesto, la trascendencia supera el tiempo, la historia y el espacio.

El cuidado está impregnado en una serie de sentimientos y en una infra-subjetividad que es respetuosa, y así como la música, la cultura, la escultura y los momentos de creatividad, el trasfondo, una vez superada la técnica es capaz de imprimir en el observador atento, el surgimiento de sus propios sentimientos de valor existencial. Además, el grupo de cuidado nos pone en consideración que el cuidado ha tomado una perspectiva de ser un eje esencial y ético de las políticas de bienestar, equidad y calidad de vida de la población. Es fundamental el concurso de todos los actores posibles, que, por medio de un trabajo interprofesional, e interdisciplinar, aporten construcción de esta perspectiva del cuidado como eje esencial de las políticas.

Este foro trae una reflexión de la política del cuidado, sobre lo que es el sistema distrital de cuidado, la realidad de la implementación de la política en ciudades como Manizales, Medellín, Pasto, Cali. También se cuenta con la experiencia de implementación de proyectos y programas específicos desde la perspectiva de cronicidad, mujeres gestantes, personas con discapacidad. Damos inicio a este foro con la frase de Víctor Hugo, un escritor, crítico pintor y académico francés “El futuro tiene muchos nombres para los débiles es lo inalcanzable, para los temerosos es lo desconocido, pero para los valientes es la oportunidad” Esto nos permite afirmar que el co-

4 Enfermera, Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia de Servicios de Salud, Doctora en Enfermería. Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá. Correo: gmcarriolog@unal.edu.co

nocimiento es un aliado para que se pueda asumir con valentía y voluntad los retos del presente como el tema que se presenta hoy y la oportunidad de dar todos estos legados en las futuras proyecciones que se tenga en la perspectiva de cuidado en la salud pública.

Extiendo una invitación a todos a que leamos, recordar, reflexionar, afirmar, respaldar, contradecir, contextualizar, argumentar y a poner en duda, ya que estos ejercicios nos permiten renovar fuerzas, encontrar motivos para propósitos superiores para la consolidación de estas políticas de cuidado.

INAUGURACIÓN

Vicerrectoría de investigación

Mario Fernando Guerrero Gutiérrez ⁵

Un saludo para todos los integrantes del centro de pensamiento, así como un agradecimiento especial por hacer realidad este importante foro. De igual manera, un saludo muy especial para todos los académicos, e investigadores interesados en el tema del cuidado que nos acompañan hoy. Da un saludo a las cuidadoras presentes en el foro, así como a todos los asistentes al evento.

Mario Fernando comienza hablando sobre el trabajo de los centros de pensamiento de la Universidad Nacional. La Universidad como entidad pública, del estado y nacional ha creado una estrategia para generar espacios de discusión, diálogo y debate argumentado e informado alrededor de problemáticas nacionales. De esta manera la comunidad académica entabla diálogos, debates, articulaciones y alianzas con los diversos actores sociales, como la sociedad civil, organizaciones sociales, organizaciones del estado, o toda organización que sea actor en la política pública del país. De esta manera la Universidad Nacional se posiciona como ese lugar de diálogo abierto, plural y abierto en medio de la sociedad, posibilitando la articulación de diversas perspectivas para que dialoguemos para que lleguemos a consensos y disensos, argumentando desde nuestras diversas perspectivas, interés y las visiones que tenemos de sociedad.

Es importante de los diálogos plurales que son los centros de pensamiento, ya que desde la visión de política pública, que es una visión de futuro, que nos encontramos en este presente problemático, en el que encontramos diversas dificultades en el país, la política pública es un escenario en el cual nos podemos proyectar en el futuro y podemos encontrar escenarios en los que podemos solucionar las diversas problemáticas del país.

Construir visiones conjuntas de escenarios compartidos para vivir en conjunto, para vivir colectivamente que tanto necesitamos en nuestro país. Lo que necesitamos en el país es vivir en paz, vivir colectivamente y el cuidado esencialmente. Vivir en un colectivo, en una sociedad que cuide, que cuide a las personas con discapacidad, que cuide a las personas mayores, que cuide a los niños y niñas y que cuide a todos y a todas. Esa es la base esencial de una colectividad. Doy gracias y felicitaciones al centro de pensamiento el cuidado el eje esencial y ético de las políticas de bienestar y equidad y calidad de vida de la facultad de enfermería por permitirnos confluir y dialogar sobre este importante tema.

5 Enfermera, Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia de Servicios de Salud, Doctora en Enfermería. Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá. Correo: gmcarillo@unal.edu.co

POLÍTICA DE CUIDADO EN Colombia: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO

Erika Natalia Moreno Salamanca⁶

Natalia Moreno inició su intervención destacando la creación en 2021 de la Dirección del Sistema de Cuidado en la Secretaría Distrital de la Mujer, fundamentado en la principal apuesta de la Alcaldía de Bogotá: el Sistema de Cuidado. Destaca que el Sistema es un compromiso con el movimiento de las mujeres de la ciudad, fue incluido en el Plan Distrital de Desarrollo y reúne acciones de políticas con 13 secretarías del distrito.

Acto seguido, resaltó la importancia del Sistema de Cuidado, que materializa el logro de pasar de estudios teóricos a una estrategia de política pública real, que dignifica el trabajo de las mujeres cuidadoras en la ciudad, reconociendo sus enormes aportes a la sociedad y creando estrategias para devolverles las oportunidades perdidas a raíz del desequilibrio histórico en la provisión de cuidados.

Explicó que la problemática de desigualdad de género en la provisión de cuidados tiene su raíz en que todas las personas necesitan de trabajos de cuidado de manera cotidiana, no obstante, han logrado crear políticas públicas que equilibren equitativamente estos servicios entre hombres y mujeres, recayendo su provisión mayoritariamente en las mujeres.

Es así como, según datos de la Encuesta Nacional del Uso del tiempo, en Bogotá 9 de cada 10 mujeres realizan trabajos de cuidado no remunerados, mientras que únicamente 6 de cada 10 hombres ejercen esta misma labor haciendo inequitativa la provisión de cuidado en la ciudad. En materia de tiempo, las mujeres destinan 3.1 horas más que los hombres a realizar trabajos de cuidado no remunerados. En promedio las mujeres destinan 5 horas de su jornada y los hombres únicamente 2. Así mismo, aproximadamente 1.2 millones de mujeres en Bogotá se dedican de tiempo completo al trabajo de cuidado sin remuneración. Esta problemática empeoró con la pandemia, en este momento el 30% de las mujeres de la ciudad se dedican únicamente al trabajo del cuidado no remunerado.

Como resultado de este desequilibrio, el 70% de las cuidadoras en Bogotá tiene secundaria como máximo nivel educativo; el 33% no cuenta con tiempo libre, existe una pobreza de tiempo generalizada; el 90% de las mujeres pertenecen a estratos socioeconómicos 1,2 y 3 y el 20% de las mismas tiene enfermedades crónicas diagnosticadas.

Adicionalmente, según una investigación publicada en la página del Sistema de Cuidado, el 52% de las mujeres y el 54% de los hombres de la ciudad de Bogotá tienen la percepción de que

⁶ Economista y magister en Estudios de Género. Profesora de Economía Feminista en la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional. Directora del Sistema Distrital de Cuidado en la Secretaría de la Mujer de Bogotá. Integrante la Mesa de Economía Feminista y de la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado y colaboradora en la Red de las Mujeres de la Silla Vacía. Correo: emoreno@sdmujer.gov.co

las mujeres por “naturaleza” son las únicas aptas para realizar trabajo de cuidado. El propósito de la administración distrital es transformar esta cultura a través del Sistema de Cuidado.

Así las cosas, el Sistema Distrital de Cuidado es un programa de la Alcaldía 2020 – 2024, que se encuentra articulado a su Plan de Gobierno y que presta servicios para cubrir las necesidades de cuidado (articulación de 13 secretarías) de una manera corresponsable como sociedad entre Bogotá, la Nación, el sector privado, las comunidades y los hogares con el fin de equilibrar la provisión del cuidado y permitir que las mujeres y personas cuidadoras tengan tiempo para alcanzar su desarrollo personal, autocuidado, bienestar, generación de ingresos y vincularse con acciones de participación política.

Los objetivos específicos se basan en el modelo de las 3R: reconocer la contribución de las cuidadoras y su trabajo como eje de vida para todos, redistribuir la responsabilidad más equitativamente entre mujeres y hombres y reducir los tiempos y trabajos de cuidado no remunerados.

El Sistema tiene dos grupos de personas objetivo: i) personas cuidadoras. ii) personas que ellas cuidan o requieren altos niveles de apoyo, son los siguientes grupos focalizados por el Estado: niños y niñas menores de 13 años, personas adultas mayores y con discapacidad que requieren de apoyo.

Los servicios que presta el Sistema de Cuidado para las personas cuidadoras son formación (educación flexible – certificación de saberes), bienestar (articulación para focalizar servicios y promover salud física y mental) y generación de ingresos (programas para garantizar la autonomía económica de las mujeres). A su vez se debe garantizar la asistencia para las personas que requieren del cuidado, con el fin de que las cuidadoras puedan ejercer sus actividades de una manera eficaz y es así como se brinda una oferta de cuidado profesional y actividades recreativas para los niños y niñas, adultos mayores y personas discapacitadas. Los servicios para las cuidadoras y las personas que requieren de cuidado deben darse de manera simultánea y paralela para que el modelo de cuidado funcione exitosamente.

A su vez el Sistema Distrital de Cuidado piensa en los hombres y en las familias transformando las creencias y normas sociales, para redistribuir el cuidado de una manera equitativa a través de talleres y campañas públicas de cambio cultural.

El Sistema de Cuidado opera a través de cuatro estrategias de territorialización pensando en los criterios básicos de simultaneidad y proximidad en la prestación de sus servicios:

- Manzanas del Cuidado: Modelo de Urbanismo Feminista, equipamientos ancla y complementarios articulados por el espacio público que se encuentra en el Plan de Ordenamiento Territorial (Decreto 555 del 2021), en donde se encuentran servicios articulados y próximos para las personas cuidadoras y que requieren de cuidado (15 – 20 min de su hogar), además que se brinda la oportunidad para mejorar el espacio público: seguro, accesible, inclusivo y saludable.
- Se plantea tener 45 manzanas de cuidado en 2035 en donde 20 de ellas las dejará inauguradas está Administración de Bogotá.

- Unidades Móviles: Son la versión móvil de las manzanas que llegan a los lugares de difícil acceso. Corresponden a vehículos equipados para prestar servicios de cuidado principalmente en el sector rural.
- Cuidado Casa a Casa: Servicios de Cuidado y acompañamiento a la formación en casa para trabajadoras de cuidado no remunerado que busca reducir el tiempo de trabajo de cuidado dentro de los hogares, para que las cuidadoras generen oportunidades para su autonomía y desarrollo personal. Está dirigido a personas cuidadoras de niños y niñas menores de 13 años, personas con discapacidad, adultos mayores y animales rescatados y se brindan dos servicios al mismo tiempo: servicio de aseo y limpieza del hogar para liberar tiempo a cuidadoras las cuales tienen a su vez, acompañamiento en formación.
- Unidades Operativas de Cuidado en colegios, jardines, entre otras
- En el componente de Formación se tienen a 5333 mujeres formadas y certificadas a través de los convenios con el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y la Universidad Nacional de Colombia, con ofertas de servicios como educación flexible, certificación en saberes, formación complementaria y formación titulada.

En la estrategia de Transformación Cultural se abordan tres componentes: sensibilizaciones por medio de talleres, formación a través de la Escuela Hombres al Cuidado (Herramientas Prácticas) y amplificación por medio de la Red de Alianzas del Cuidado.

El Sistema cuenta con un mecanismo de gobernanza que se da a través de la Comisión Intersectorial del Sistema de Cuidado, creado a través del Decreto 237 de 2020, cuyo objetivo es coordinar, articular y hacer la gestión intersectorial de las entidades que hacen parte del sistema, para definirlo, implementarlo y hacerle seguimiento. Se han realizado 6 sesiones de la Comisión Intersectorial en donde se han establecido 29 compromisos, 16 sesiones de la Unidad Técnica de Apoyo y 2 sesiones del Mecanismo de Participación y Seguimiento (Rendición de Cuentas).

Se ofrece un resumen en donde se indica que el Sistema de Cuidado ya superó las 100 mil atenciones. De estas, 95.111 se dieron en las 9 manzanas del cuidado; 11.988 atenciones se brindaron en las 2 unidades móviles; 2.000 hogares se atendieron en las 3 estrategias de Cuidado Casa a Casa; 5.000 personas cuidadoras formadas y 6.000 personas recibieron talleres de Cambio Cultural.

Finalmente, se habla de los retos del Sistema de Cuidado, que son en primera medida Sostenibilidad, en donde se busca que por medio de un proyecto o acuerdo se convierta en ley de ciudad el Sistema de Cuidado. Financiamiento, en donde se espera consolidar y aumentar la financiación del Sistema y Progresividad, para que en esta Alcaldía se inauguren las 20 Manzanas del Cuidado según el compromiso pero que a 2035 se cuenten con las 45 Manzanas proyectadas.

El Sistema de Cuidado ha recibido distintos reconocimientos a nivel internacional: “Bloomberg Mayor’s Challenge 2021”, “Wellbeing city – NewCities 2021”, “Informando a las mujeres, Carter Center 2021” y ha recibido el apoyo de organizaciones no estatales que han fortalecido el sistema.



PARTE

I

**REALIDAD DE LA
IMPLEMENTACIÓN DE LA
POLÍTICA EN LOS TERRITORIOS**

CUIDADORES FAMILIARES DERECHOS

Jessica Alejandra Avella Blanco⁷

Jessica Avella inicia con un agradecimiento al centro de pensamiento por la invitación a participar en el foro. Posteriormente inicia con la presentación de los avances que se han realizado desde el municipio de Yopal desde el 2020, una vez posicionada como concejal. Se inicia en el 202 con un consenso político, un trato llamado “Trato por la equidad de la mujer” en donde las 76 mujeres políticas de todo el departamento de Casanare se unieron para firmar un documento de NO violencia contra la mujer, pero adicionalmente a generar acciones afirmativas para disminuir acciones y brechas de género. En este trato propuse incluir y generar estrategias para los cuidadores familiares de personas dependientes y este acuerdo político es suscribió con todos los alcaldes del departamento, así como con el gobernador de Casanare, para de este modo, tener la posibilidad de financiar los 5 puntos que se prometieron en el documento. En el 2022 se radicó un proyecto de acuerdo ante la corporación concejo de Yopal, para priorizar a los cuidadores familiares de personas dependientes en todos los programas del municipio y adicionalmente para iniciar, una “revolución” por los cuidadores y las personas con discapacidad.

Todo el proyecto se basa en 3 principios, la dignidad humana, la solidaridad y la salud. Los cuidadores familiares tienen un papel protagónico en la protección de las personas dependientes vulnerables. Lo más alarmante, no se ha totalizado el total de cuidadores que se encuentran en la región, sin embargo, se han caracterizado cinco mil personas con discapacidad. Del total de cuidadores que se han encuestado, el 53% de los cuidadores en el municipio de Yopal refieren enfermedades asociadas al estrés, el 78% son mujeres, el 73% no cuentan con ingresos económicos, el 21.5% sus ingresos son inferiores a medio salario mínimo mensual legal vigente. En respuesta, en el 2021, se autorizó una nueva base de datos de cuidadores para el municipio. Como resultado de ello, hasta el momento se han caracterizado mil cuidadores de personas con discapacidad. De estos cuidadores caracterizados, se calcula un aporte de 36 millones de horas de cuidado familiar, 6.2 millones de horas dedicadas al cuidado a las personas. Es importante resaltar que el trabajo doméstico y del cuidado representa el 20% del PIB nacional.

Se hace la presentación del proyecto de acuerdo de 2022, que busca un reconocimiento y generar acciones que garanticen sus derechos humanos. Se define al cuidador como la persona que brinda apoyo en el cuidado a una persona que lo requiera de manera permanente. De igual manera, se define a la persona dependiente como aquella que requiere de apoyo permanente para realizar actividades esenciales de la vida diaria. Se busca que los beneficiarios de este proyecto sean quienes se encuentren registrados en la base de datos de discapacidad del municipio. Dentro de los derechos del cuidador se garantiza la prelación en todos los programas sociales del municipio, sin perjuicio de los programas sociales en favor de la población con dis-

⁷ Abogada, Especialista en Gestión y Planificación del Desarrollo Urbano y Regional, Concejal de Yopal – Casanare, Presidenta de la Comisión para la Equidad de la Mujer del Consejo de Yopal. Correo: jess9410@hotmail.com

capacidad. Respecto a la capacitación del talento humano se podrán desarrollar programas de habilidades y competencias del cuidado para el cuidador familiar.

De igual manera, se hace la propuesta de nuevos artículos en los que se encuentra: las entidades municipales deberán rendir un informe semestral ante la Comisión legal para la Equidad de la Mujer del Concejo de Yopal, sobre la ejecución de programas y proyectos en favor de los cuidadores familiares de personas dependientes; la alcaldía de Yopal podrá articularse con los programas de la gobernación de Casanare y del Gobierno Nacional que vayan encaminados a reconocer y garantizar los derechos humanos y constitucionales que tienen los cuidadores familiares de las personas dependientes en el marco de la Política Pública de Discapacidad en Inclusión Social, para el departamento de Casanare y del Sistema Nacional del Cuidado.

SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADOS PARA SANTIAGO DE CALI

Mariella López Mejía⁸

La subsecretaría de equidad de género (SEG) es un organismo de la alcaldía de la ciudad de Cali que coordina y registra el seguimiento de la política pública para las mujeres en Cali, desde ahí se promueven acciones que van enfocadas a promover la equidad de género en la ciudad y garantizar el derecho humano de las mujeres a vivir una vida libre de violencias. Se cuenta con 9 líneas de trabajo en la SEG: Atención día, que es el equipo encargado de atender y apoyar psicológica y jurídicamente a mujeres víctimas de violencia; atención de acogida, que es en dónde se brinda un espacio de acogida para mujeres en riesgo de feminicidio; el equipo de prevención de violencias basadas en género, quienes trabajan por la transformación de los imaginarios de las violencias basadas en género; el equipo de empoderamiento económico; el equipo de empoderamiento político y social; el sistema distrital del cuidado, que empezó a funcionar desde el anterior año; el equipo de transversalización y gestión del conocimiento; se cuenta con equipo de cooperación internacional, así como un equipo de apoyo a la gestión.

Se parte de unos marcos normativos internacionales y nacionales, que obligan a los entes territoriales a consolidar sistemas de cuidados que permitan y contribuyan a la plena participación de las mujeres y al logro de la igualdad sustantiva en distintas dimensiones. En el Plan Nacional de Desarrollo, que cuenta con dos líneas, la primera busca desarrollar la articulación y la coordinación de sistemas que atiendan a las poblaciones sujetas de cuidados; mientras que la segunda busca generar lineamientos para la articulación de programas diseñados para reducir las cargas de cuidados de las mujeres. A nivel territorial se cuenta con una meta en el plan de desarrollo, que busca con el sistema distrital de cuidado diseñado y en proceso de implementación.

Se cuenta con una ventana de oportunidad muy importante, relacionada con que en este momento y desde hace dos años, se trabaja en la política pública para las mujeres en Cali, que hoy se encuentra en debate en el concejo de Cali. Es de resaltar que dentro de la dimensión uno, en dicha política, en el eje de redistribución con equidad para la autonomía económica de las mujeres, crea el sistema distrital de cuidados. Esto es un avance en temas normativos, ya que de esta forma, no depende de la voluntad del gobierno de turno, sino es una política de ciudad y seguir aportando a que desde lo nacional se sigan generando lineamientos y concluir con la implementación de las políticas de cuidado en los territorios.

El cuidado es producto de relaciones sociales, en lo que encontramos desigualdades en el acceso del cuidado, existe un desbalance en la provisión de cuidados, así como representa-

⁸ Socióloga, Especialista en Procesos de Intervención Social, Coordinadora del Sistema Distrital de Cuidados de la Subsecretaría de Equidad y Género de la Alcaldía de Santiago de Cali. Correo: mariella.lopez@cali.gov.co

ciones colectivas de cuidados. Es posible evidenciar en el contexto cambios en el modelo de familia, un aumento en la tasa de envejecimiento, una reducción en la tasa de fecundidad, una mayor participación de las mujeres en el mercado laboral y la importancia de los flujos migratorios en la provisión de cuidados.

El sistema distrital de cuidados (SDC) busca articular y cualificar la oferta de cuidados para el distrito de Cali, así como promover la transformación de imaginarios, significados y valores que se tienen en torno a los cuidados e impulsar la autonomía económica, física y política de las mujeres cuidadoras. El SDC desde el enfoque de género, entiende el cuidado como un derecho humano, como un asunto público de responsabilidad compartida por el gobierno, la familia, el sector privado y la comunidad, en orden de una nueva organización social del cuidado. Las mujeres como eje central del sistema distrital de cuidados. Por lo que se trabaja una propuesta transformadora desde el enfoque de género, dando así el surgimiento a las 5R:

- Reconocimiento
- Redistribución
- Reducción del trabajo de cuidados para las mujeres
- Representar
- Recompensar

SISTEMA TERRITORIAL DE CUIDADO: UN DESAFÍO INÉDITO

Rocío Pineda García⁹

Introducción

La Mesa de Economía de Cuidado de Antioquia-Medellín, (MECAM) fue inaugurada el 14 de febrero del 2020, días antes que la OMS declarara la Pandemia de la Covid-19 cuyo primer resultado fue el confinamiento mundial al que fue sometida la gran mayoría de la población en todos los países y dio lugar a la llamada “crisis del cuidado”. Esta súbita realidad, abrió las puertas del mundo virtual a nuevas maneras de relacionamiento humano: teletrabajo, teleducación, telecomercio, telemedicina entre otros, y de un día para otro regresó las mujeres al hogar, esta vez a una triple y/o cuádruple jornada de trabajo, que agravó la carga de trabajo de cuidado no remunerado y acentuó las brechas de género (DANE, 2021). Al mismo tiempo, las medidas sanitarias y el aislamiento social tuvieron sesgos de género en las trabajadoras domésticas asalariadas, las trabajadoras de la salud y las maestras, es decir, las trabajadoras de cuidado remunerado. El llamamiento de las autoridades gubernamentales a cuidar y al poner el énfasis en el ámbito privado -los hogares- llevó a las mujeres al peor escenario, agravando las alarmantes brechas de género existentes: alta tasa de desempleo femenino (20.4%) y aumento de la carga de trabajo de cuidado no remunerado -mujeres 7.46 horas por día, hombres 3.6 horas por día- según el (DANE, 2021).

El origen y desarrollo del capitalismo cimentado en el desconocimiento y desvalorización de la reproducción social (trabajo doméstico y de cuidado no remunerado) como trabajo indispensable en el proceso de producción y de acumulación (Garay, Espitia 2020), configura la división sexual trabajo que excluye las mujeres del ámbito público y descarga en ellas dicha responsabilidad sobre esta esfera, al tiempo que las somete a relaciones de subordinación y discriminación. De esta manera, surge la “naturalización del trabajo doméstico y de cuidado” como condición del ser mujer, lo que ha limitado su autonomía y forjado múltiples formas de discriminación y de exclusión, que afectan profundamente el desarrollo, bienestar, empoderamiento y acceso a recursos, bienes y servicios por parte de las mujeres y las niñas.

La persistencia de académicas y activistas feministas dedicadas a poner la economía del cuidado en la agenda pública como una responsabilidad del Estado y del conjunto social, cobra nuevas dimensiones, al demostrarse que la esfera de reproducción social aporta el 20%

⁹ Investigadora Social. Especialista en Investigación Social, Magíster en Género, Sociedad y Políticas, Cofundadora de la Red Nacional de Mujeres, la Ruta Pacífica e Iniciativa de Mujeres por la Paz. Ex Secretaria de las Mujeres de la Alcaldía de Medellín y la Gobernación de Antioquia. Actual integrante de la Instancia Especial para el seguimiento al Enfoque de Género en la Paz. Correo: rpinedag@une.net.co

del PIB al desarrollo económico del país, un aporte mucho más alto que el resto de los sectores económicos (DANE-ENUT, 2018). En este contexto de crisis empieza sus actividades de la MECAM, con el propósito de contribuir al posicionamiento de la agenda nacional, pero desde lo territorial, lo mismo que al agenciamiento de las entidades sociales, comunitarias, sectoriales, académicas públicas y privadas relacionadas con la temática del cuidado y al establecimiento de mecanismos de interlocución periódica con las instituciones gubernamentales.

Contexto político

Una triada de actores del cuidado dieron lugar a una alianza estratégica para propiciar un salto en el reconocimiento del trabajo de cuidado no remunerado en la agenda pública territorial: la MECAN, el movimiento político feminista Estamos Listas, con una curul en el Concejo Municipal -período 2020-2023- y la Secretaría de Las Mujeres en el mismo período, dirigida por una reconocida líder feminista. A la par que la CEPAL y el DANE presentaban alarmantes cifras sobre las brechas de género con ocasión de la crisis del cuidado, esta alianza liderada por la MECAM se da a la tarea de demandar en la agenda gubernamental un sistema local de cuidado para la ciudad de Medellín y para el departamento Antioquia.

En ambos planes de desarrollo 2020-2023 esta demanda fue incorporada: en Medellín con la creación y puesta en marcha del Sistema Municipal de Cuidados y en Antioquia el Plan de Economía del Cuidado 2020-2031, basados en el enfoque de derechos, de igualdad de género y fundamentados en los postulados de la economía feminista, cuyo fin último es desestructurar la división sexual del trabajo, raíz primigenia de la subordinación, discriminación y explotación de las mujeres y las niñas, y las persistentes desigualdades de género económicas, sociales, políticas y culturales. La Alcaldía de Medellín llevó a cabo el primer diagnóstico sobre la organización del cuidado en la ciudad -2021- y dio inicio a la etapa de co-creación del sistema. En Antioquia está en ejecución un piloto de sistema de cuidado en cuatro municipios de diferentes subregiones del departamento.

Dimensiones

Recibir cuidado y brindar cuidar implican una triple dimensión: el material referida a los bienes y servicios indispensables para el cuidado; la emocional que alude al lugar que ocupan las emociones en la interrelación entre quien recibe cuidado y quien lo brinda y la dimensión moral concerniente a los significados sociales del cuidado (Moreno, Jaramillo y otras. 2020, 188).

Territorialidad

En contraposición a una visión homogénea sobre el país por parte de las políticas públicas diseñadas desde una concepción centralista y administrativista, la MECAM se pregunta por el lugar que ocupa lo territorial en la construcción de un sistema de cuidado nacional, situado en contextos de multiculturalidad, pluriétnicidad y conflicto, donde se superponen diversas narrativas sobre el acto de cuidar y de recibir cuidado. Dice Cabnal (2010) que el territorio es aquel “que permite vivir y existir”, que es “construcción” y “concepto histórico”, que constituye “me-

moria del espacio ocupado físicamente” y es “fuente de poder público”, necesario de entender y comprender como “sustento material de la vida”. Estas premisas son insumos para contribuir a la formulación de una política pública del cuidado, donde los actores del llamado diamante del cuidado -públicos, privados, comunitarios y familias (mujeres y hombres)- puedan dialogar desde sus propias visiones, como pares entre lo territorial y lo nacional. Esta interdependencia ha de ser un aspecto clave de los sistemas de cuidado territoriales llámense municipales, provinciales, departamentales y/o rurales.

Limitaciones

La falta de una política nacional de cuidado constituye obstáculo mayúsculo para responder a la creciente demanda social de un sistema nacional de cuidado que aborde de manera oportuna la atención integral tanto de las personas que requieren cuidado como de quienes lo brindan y dé curso al proceso de democratización, des-familiarización y des-feminización del cuidado. Es el gobierno nacional quien debe asumir el liderazgo intersectorial, interinstitucional, la interlocución con los pares territoriales y las negociaciones intrafamiliares entre mujeres y hombres y extrafamiliares entre los actores públicos, privados y comunitarios.

Retos y desafíos

Avanzar en el diseño y puesta en marcha del Sistema Municipal de Cuidado: líneas de base, indicadores, sistemas de monitoreo y evaluación de impacto e investigaciones aplicadas sobre diversos tópicos y la ampliación del modelo piloto departamental a las 9 subregiones.

Liderazgo gubernamental: cambiar el direccionamiento en la relación entre gobierno territorial-gobierno nacional, donde los actores del diamante del cuidado a nivel territorial actúan como pares en la formulación e implementación de un sistema nacional de cuidado, integrado desde lo territorial y con una arquitectura institucional democrática, participativa, equitativa y pluricultural. El cuidado debe ser eminentemente territorial y responder a las necesidades, visiones y desarrollos territoriales.

Modelo de gobernanza territorial del sistema basado en la integración sectorial, institucional y de enfoques con una actuación sincrónica (acciones, competencias, recursos, etc.) de los actores del diamante del cuidado versus la llamada articulación sectorial donde cada actor actúa de manera fragmentada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bedoya, A. M. E., Maldonado, B. L. J., Higuera, M. C., Rivera, D. J. I., Serrano, E. M. C., Jaramillo, E. L., Santa, G. G., Bello, H. A., Quirama, H. A., Mosquera, J. C., Gómez, M. M. C., Bonilla, G. M. L., León, M. A., Haydar, M. M. P. del, Roldán, M. M., Osorio, D. G. G., Pareja, P. L., Villamizar, P. Y., López, R. M., . . . Henao, G. C. (2020, January 12). *La organización social del cuidado de niños, niñas y adolescentes en Colombia: Experiencias urbanas (Spanish Edition)*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

- CEPAL. (2021, February 10). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46633-la-autonomia-economica-mu>. La Autonomía Económica De Las Mujeres En La Recuperación Sostenible Y Con Igualdad. Retrieved October 7, 2022, from <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46633-la-autonomia-economica-mujeres-la-recuperacion-sostenible-igualdad>
- Federici, S. (1900, January 1). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de Sueños.
- Garay S., L. J., & Espitia Z, J. E. (2022). *Economía política de la división sexual del trabajo en el capitalismo. En torno al uso del tiempo y la pobreza de tiempo en Colombia*. CDPA-Planeta Paz.
- La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. (n.d.). OPS/OMS | Organización Panamericana De La Salud. Retrieved October 7, 2022, from <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Marchese, G. (2019a, July 31). Del cuerpo en el territorio al cuerpo-territorio: elementos para una genealogía feminista latinoamericana de la crítica a la violencia. *EntreDiversidades. Revista De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 6(2), 9–41. <https://doi.org/10.31644/ed.v6.n2.2019.a01>
- Marchese, G. (2019b, July 31). Del cuerpo en el territorio al cuerpo-territorio: elementos para una genealogía feminista latinoamericana de la crítica a la violencia. *EntreDiversidades. Revista De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 6(2), 9–41. <https://doi.org/10.31644/ed.v6.n2.2019.a01>
- DANE, Tribín-Uribe, A. M., Mojica-Ureña, T., Díaz-Pardo, G., & Grupo de Enfoque Diferencial e Interseccional - DANE. (2021, December). *El tiempo de cuidado durante la pandemia del covid-19: ¿cuánto han cambiado las brechas de género?* In *Informe Quanta - Cuidado Y Género*. https://cuidadoygenero.org/cuidado_covid

APUESTAS POR EL CUIDADO

Erika Oliva Basante¹⁰

En el Departamento de Nariño, se han venido construyendo estrategias muy importantes para visibilizar las zonas rurales y los trabajos de mujeres en los territorios. Nariño es un territorio multidiverso y su población rural constituye el 56.15% (913.960 habitantes)¹, las mujeres constituyen el 50% de esta población en un departamento caracterizado por asentamientos rurales en zonas de difícil acceso, cuyas viviendas se encuentran ubicadas de manera dispersa, en ecosistemas estratégicos y lugares con actividad sísmica y volcánica ², las mujeres cumplen las labores de cuidado en un alto porcentaje y con una dedicación de tiempo importante; que da cuenta que al menos entre 8 y 10 horas y media diarias son dedicadas al Trabajo de Cuidado no Remunerado (TDCNR)³. Este trabajo de cuidado está enfocado en labores domésticas, agrícolas y de liderazgo.

En este contexto, La MIEC Nariño es una red de organizaciones de sociedad civil que desde el año 2019, está comprometida con la incidencia a través de la articulación para promover el reconocimiento, la redistribución y la reducción del trabajo de cuidado en el departamento de Nariño, la cual tiene como objetivo aportar en la agenda y política pública en función de fortalecer los sistemas de cuidado, el empoderamiento y promover la autonomía económica de las mujeres en la región; con un énfasis especial en la reflexión sobre las labores de cuidado ejercidas por las mujeres rurales.

De igual manera, a partir de la creación de la mesa y de la articulación con diversas organizaciones de la Sociedad Civil, se logró incluir indicadores en los planes departamental y municipal (Pasto) de desarrollo, así:

- Indicador en plan departamental de desarrollo: lineamientos técnicos para la estrategia integral de reconocimiento, reducción y redistribución de las actividades de cuidado que involucren a la familia, la sociedad y al Estado.
- Indicador en plan municipal de desarrollo de Pasto: creación de instancias de participación e incidencia en temas de economía del cuidado creadas y de procesos de formación en economía del cuidado, nuevas masculinidades, y masculinidades corresponsables y no violentas realizados, así como también, informes realizados por parte del Observatorio de Asuntos de Género Nodo - Pasto para las líneas de investigación en VBG, Participación Política, Autonomía Económica, Economía del Cuidado y Brechas de género en contexto del COVID-19.

¹⁰ Psicóloga, Magíster en etno-literatura, con experticia en género de más de 15 años. Actualmente responsable del resultado de género PDT Nariño e integra la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado del Departamento de Nariño y de la Red Guañeñas Feministas. Correo: erika.ppn@gmail.com

En este sentido, es fundamental resaltar el trabajo del Observatorio de Género de la Universidad de Nariño, en la elaboración de documentos como: Investigación sobre el Trabajo de Cuidado no Remunerado y Diagnóstico de oferta y demanda de servicios de cuidado, los cuáles plantean análisis estadísticos sobre la situación de Autonomía Económica, Economía del Cuidado de las mujeres Nariñenses y actualmente existe una investigación sobre el mapeo georreferenciado de la oferta de servicios de cuidado en la ciudad de Pasto, investigaciones que son indispensables para realizar nuestro trabajo de incidencia en la construcción de sistemas de cuidado.

En este contexto, se han realizado diferentes intervenciones que han procurado sostener el proceso de la Mesa de Economía del Cuidado en Nariño, estas intervenciones son las siguientes: a. Creación de la Mesa en el año 2019, a partir de un proceso colectivo en el marco del Proyecto DRET (OIM – Canadá), que enfocó sus acciones con mujeres rurales, b. Dos foros realizados durante la pandemia COVID – 19; en torno a la Economía del Cuidado en tiempos de Pandemia, c. Participación en eventos nacionales e internacionales sobre Economía del Cuidado, d. Proyecto voces del cuidado de mujeres rurales Colombianas (MEF Bogotá/OXFAM Colombia / Canadá), e. Consultoría para la Asistencia Técnica para la producción de una Caja de Herramientas y Proceso de formación sobre Economía del Cuidado para funcionarios y sociedad civil en Pasto (ONUMUJERES – SMOSIG Pasto). Estas intervenciones se deciden de manera conjunta, bajo la dinámica organizativa de reuniones presenciales y/o virtuales y sobre todo revisando los énfasis planteados y los enfoques interseccional y étnico en la implementación de estas.

Finalmente, consideramos importante dar a conocer las líneas definidas desde un trabajo conjunto en el Plan de Acción de la MIEC Nariño.

- Posicionamiento de la Economía del Cuidado a nivel departamental y municipal.
- Incidencia en la ejecución y ejecución de los Planes de Desarrollo Departamental y Municipal en indicadores de Economía del Cuidado.
- Plan de acción con 5 líneas: L1: Acciones en campo – activismo, L2: Formación y generación de espacios de diálogo internos (formación y organización) y externos, L3: investigación en cuidado, L4: Incidencia en la actualización de la Política Pública de Equidad de Género de Nariño. L5: acciones de territorialización de la MIEC.

Limitaciones y retos propuestos

Generar una conceptualización en torno al cuidado en línea de las perspectivas y realidades territoriales. Actualmente, nos encontramos en el proceso de implementación del Plan de Acción, promocionando el espacio y generando articulación institucional y con las Organizaciones de la Sociedad Civil con el fin de promover las políticas de cuidado y aportar en la visibilización de las mismas a nivel local y regional.

DISCUSIÓN Y CIERRE

Katya Anyud Corredor Pardo ¹¹

Para el centro de pensamiento Cuidado eje esencial y ético de las políticas de bienestar, equidad y calidad de vida, los aportes a la política pública de cuidado en construcción se desarrolla en 3 ejes centrales que orientan la discusión en diferentes ámbitos de aplicación y de construcción de las políticas públicas relacionadas : es así cómo la discusión en diferentes escenarios con amplia participación se ha centrado en Reconocimiento de los actores involucrados en el sistema de cuidado y su papel, *Reconocimiento político y social de las cuidadoras y los cuidadores en Colombia y Regulación y financiación de los servicios de cuidado*. Es así como directora del centro de pensamiento y dentro del marco de actividades propuestas me permito presentar algunos aspectos de discusión en el foro “Implementación de políticas de cuidado con enfoque territorial: realidades y retos”.

Con RESPECTO A LA DISCUSIÓN GENERADA se puntualizó la importancia de la implementación de políticas relacionadas con la calidad de vida de las personas y las comunidades en general además de los posibles escenarios que subyacen en esta relación y sus necesidades.

El cual contó con expertos en el tema de cuidado de diversas regiones y territorios del país la primera parte se generó la discusión alrededor de la implementación de políticas públicas de cuidado en ciudades como Yopal, Cali y Pasto.

Con relación a la implementación de las políticas de cuidado en los territorios se hizo énfasis en reconocer la relación en aspectos claves que influyen en el cuidado como derecho, y como se relaciona con aspectos derivados de los aspectos socioculturales el ejercicio en familia. Adicional de rol de la familia y el entorno relacionado con la posibilidad de cuidar y ser cuidado, destacando así diversas posturas de las implicaciones del cuidado y las implicaciones de las tareas del cuidado tal cómo señala la Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Cepal.

Apoyo de la sociedad civil en la generación de política surgieron temas como el reconocimiento de prácticas que potencializan el desarrollo y la necesidad de la relación entre sectores y la toma de decisiones que vayan más allá de un momento político, sino que sean constantes en el tiempo que permitan no solo la regulación e implementación de políticas públicas sino el avance y la monitorización de las mismas, adicional que se pueda medir el impacto y generar planes de mejora acorde con condiciones de vida entre otras.

¹¹ Enfermera, Especialista en Salud Familiar y Comunitaria, Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico, Coordinadora del Centro de Pensamiento «El cuidado, eje esencial y ético de las políticas de bienestar, equidad y calidad de vida», Profesora asociada de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Correo: kacorredorp@unal.edu.co

Con base en la discusión y la importancia de precisar aspectos claves del cuidado y sus implicaciones, algunos de los ejes mencionados se basaron en las trayectorias del cuidado y cómo el curso de vida permite analizar diferentes experiencias que no solo están aspectos familiares sino colectivos que van más allá del estado de salud y la necesaria oferta territorial de servicios, es así cómo en el espacio de discusión se retomaron aspectos claves en la primera infancia tales como influyen los modelos de crianza como ejemplo concreto, las acciones individuales y colectivas que fortalezcan habilidades para la vida entre otras y reconocer desde diferentes instancias y miradas la labor del cuidado no solo de quien es cuidado y el que cuida sino las relaciones intersectoriales que fundamentan respuesta de la sociedad y esbozan planes de acción relacionadas con el mantenimiento de la vida con diferentes enfoques apropiados al curso de vida.

Reconocer el cuidado en la familia en la comunidad y las construcciones en la sociedad y cómo desde el enfoque territorial se desarrollan estrategias que permiten implementación de políticas adicionales propias del territorio, acorde con sus dinámicas sociales, culturales las cuales se deben engranar en acciones constantes de desarrollo y reconocer la importancia de los aspectos económicos, de formación tal como señalaron las conferencias.

Lo expuesto permite reforzar el eje 1 de acción y análisis del centro de pensamiento en el cual se pretende de diferentes formas **Reconocimiento de los actores involucrados en alcanzar el cuidado de la población a nivel nacional y regional acorde con las necesidades y particularidades poblacionales y su rol dentro del sistema de cuidado.**

Los debates en torno a la relevancia del cuidado como categoría nuclear de las políticas y sistemas enfocados en este campo y, más ampliamente, como pilar de los sistemas nacionales de protección social, reconocen cuatro actores principales en torno a los cuales deben estructurarse las acciones y derroteros que se tracen. Son éstos: la familia, la comunidad o sociedad civil, el mercado y el Estado. Cada uno de ellos ocupa un lugar relevante para garantizar el cuidado de la población, entendiendo que éste se ha venido interpretando también -y cada vez con más fuerza- desde el plano de los derechos: el derecho a ser cuidado y el deber de cuidar.

La respuesta de política pública debe pasar, necesariamente, por una comprensión de las dinámicas particulares en los territorios: no sólo sobre cómo se dan las prácticas de cuidado, el peso de uno u otro actor en la provisión de estos, o las barreras enfrentadas. Es clave considerar las particularidades entre ruralidad y el cuidado en escenarios moldeados por dinámicas urbanas; conocer, valorar y fortalecer las características y potencialidades de los actores del sistema; el trabajo articulado con gobiernos locales, garantizando que recursos y esfuerzos (programas y proyectos) armonicen con las necesidades y derroteros de una política de esta envergadura; el reconocimiento de los actores involucrados, como también la cualificación y el fortalecimiento asociativo de los mismos (redes de cuidadores); el desarrollo de instrumentos de política pública y herramientas técnicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sobre el cuidado y las políticas de cuidado | Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (n.d.). Retrieved October 7, 2022, from <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado>

Universidad Nacional de Colombia. (2022). *Boletín SIUN*. Investigación Notas Boletín SIUN. <https://investigacion.unal.edu.co/boletin/notas-boletin-un-investiga/news/foro-implementacion-de-politicas-de-cuidado-con-enfoque-territorial-realidades-y-retos-cp-cuidad/>

Universidad Nacional de Colombia - (2022). *Centro de Pensamiento «Cuidado: Eje esencial y ético de las políticas de bienestar, equidad y calidad de vida»*: Centro de Pensamiento «Cuidado: eje esencial de las políticas de bienestar, equidad y calidad de vida» - Escuela de Pensamiento Universitario de la Universidad Nacional de Colombia. Retrieved October 7, 2022, from <http://pensamiento.unal.edu.co/cp-cuidado/>



PARTE

II

**EXPERIENCIAS DE
IMPLEMENTACIÓN EN
PROYECTOS Y PROGRAMAS
ESPECIFICOS**

GESTIÓN DE LA SALUD A PARTIR DE LA INTEGRALIDAD DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN

Nubia Janeth Melo Orjuela ¹²

Hablar de la vulnerabilidad desde los diferentes entornos nos lleva a pensar inmediatamente en la carencia o ausencia de condiciones para el desarrollo integral del ser humano, ya sean éstas por causas endógenas relacionadas especialmente con situaciones de salud de los individuos como la discapacidad, la salud mental, escenarios de enfermedad, o situaciones de la vida diaria que afectan al individuo y lo hacen vulnerable; o a causas exógenas asociadas frecuentemente con las políticas de desarrollo de los territorios, o los contextos sociales, situaciones que pueden desencadenar condiciones como la pobreza, el desplazamiento o la violencia.

En los entornos de atención de la Salud y desde un enfoque social, la vulnerabilidad ha sido un término utilizado para clasificar un grupo de individuos que requieren atención especial y diferencial; grupos que comparten condiciones similares relacionadas con causas exógenas que se asocian especialmente a la inequidad social, condiciones de pobreza, insatisfacción de necesidades básicas, desempleo, la inadecuada concentración de los ingresos e incremento de la informalidad laboral, entre otras causas; condiciones que generan inestabilidad e inseguridad en los individuos y familias e impactan sus condiciones de vida y salud.

Sin embargo, si se analiza la vulnerabilidad desde la subjetividad, es posible identificar que está se encuentra relacionada con las necesidades creadas por algunos actores sociales, a través de las cuales se busca generar en las poblaciones de la clase baja y media, la sensación de inseguridad e indefensión, llevando al estado a activar modelos proteccionistas para garantizar condiciones básica de salud y bienestar en las poblaciones; sin embargo, si bien estos programas aportan en algunos casos a reducir el riesgo de incrementar la inseguridad alimentaria y los problemas asociados en las familias vulnerables, también incentivan la desidia y el paternalismo social.

Desde esta perspectiva y comprendiendo entonces la magnitud del concepto “vulnerabilidad”, es importante que en el campo de la implementación de políticas territoriales de salud, se reconozca que la vulnerabilidad es una condición individual casi inherente al contexto social en el que nos encontramos, y que no simplemente se refiere a la caracterización específica de un grupo poblacional que evidentemente muestra carencias que afectan su desarrollo integral; sin decir entonces, que se deban suprimir programas dirigidos a grupos poblacionales que se encuentran en franca vulnerabilidad, como lo son las personas en condición de discapacidad, los adultos mayores, la población infantil en riesgo nutricional, o a las mujeres víctimas de violencia, entre otros grupos clasificados como Vulnerables.

¹² Enfermera, Especialista en Gobernabilidad, Ciencias Políticas y Gobierno, Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Líder en Procesos de población en Supersalud y procesos población vulnerable. Correo: nubia.melo@supersalud.gov.co

En este sentido los modelos de atención en salud que se elaboran desde la institucionalidad deben contener adecuados procesos de caracterización de la población, de tal forma que sea posible definir los grupos vulnerables que deben ser objeto de priorización para la planeación de programas, en el marco de un modelo de atención; sin embargo el análisis de las deficiencias que a partir de la inspección vigilancia y control se identifican y que conducen a la toma de medidas especiales por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en los prestadores de servicios de Salud o entidades aseguradoras, se basa en las debilidades que poseen para la construcción e implementación de los modelos de salud, los cuales carecen de procesos completos de caracterización, y de programas que se ajusten a la priorización de riesgos de cada territorio; estas deficiencias en los procesos de planeación institucional y territorial, conllevan a una desarticulación entre las entidades territoriales, los aseguradores y los prestadores, y a la implementación de programas que no parten verdaderamente de la prevención y detección de riesgos; sino que poseen un énfasis asistencial basado en el tratamiento, rehabilitación y reducción del daño.

Estas deficiencias generan en los prestadores y aseguradores del sistema de salud Colombiano dificultades para garantizar la adecuada prestación de servicios en condiciones de accesibilidad, oportunidad y continuidad, debido al déficit financiero generado por la no contención de riesgos en salud, lo que ha repercutido en el incremento de los costos médicos, de las enfermedades de alto costo, de los niveles de siniestralidad de las entidades, de las PQRD (Peticiones quejas, reclamos y Denuncias) por inoportunidad para acceder a servicios complementarios y tecnologías en salud y en las tutelas por servicios PBS y NO PBS.

Por esta razón los modelos de atención en salud o las políticas públicas en salud, han de enfocarse en promover programas de atención primaria en Salud y gestión integral del riesgo, dirigidos al individuo, familia y comunidad, que propendan por la detección temprana de posibles riesgos; que sean el resultado de un proceso dedicado de caracterización a partir del cual sea posible conocer la demanda potencial de servicios y a través de la cual, no solo se evalúen condiciones epidemiológicas o las inherentes al individuo como el grupo etario, grupo étnico, nivel de ingresos económicos, nivel educativo, enfermedades preexistente o el puntaje del SISBEN; si no que además permita la evaluación de riesgos existentes en los micro territorios, las condiciones de ruralidad y dispersión geográfica, el saneamiento básico, las zoonosis, las dificultades de traslado en las áreas rurales, aspectos socioculturales, las costumbres de la poblaciones, el acceso a programas y las necesidades sentidas de las comunidades, las cuales se pueden identificar a través de la implementación de estrategias de campo que permitan involucrar a la comunidad en la identificación de necesidades y en la construcción de posibles soluciones que deberán ser traducidas en programas o estrategias dentro de la política o modelo de salud del territorio.

De igual manera la caracterización deberá incluir la identificación de la oferta de servicios de cada territorio, no solo en lo relacionado con temas de salud y bienestar social, sino además en temas como vivienda, servicios como agua potable, alcantarillado, energía eléctrica, saneamiento básico, ofertas en educación, programas para reducir el desempleo, acceso a recreación y cultura entre otros. Es decir, la caracterización poblacional se debe convertir en la base para la construcción de modelos de salud diferenciales que permitan no solo, la atención de los grupos vulnerables ya identificados, si no que, permita verdaderamente generar modelos de

salud diferenciales que inciden en el abordaje de los factores de riesgo y en la reducción de vulnerabilidades sociales.

De esta forma las políticas para el cuidado de la salud se basarán en programas que no parten únicamente de riesgos ya materializados como la desnutrición, la violencia intrafamiliar, la pobreza extrema, el desplazamiento, la condición étnica o los grupos etarios priorizados, sino que su construcción se realizará a partir de la identificación de factores de riesgo priorizados a través de un adecuado proceso de caracterización, que conlleve a la implementación de programas con enfoque diferencial articulados con los diferentes actores del sistema, a través de los cuales se definan las competencias de cada sector y se establezcan modelos de trabajo intersectorial que permitan la intervención de riesgos en salud basados en las necesidades de los micro territorios.

Este proceso inicia con la planeación de intervenciones individuales y colectivas, que parten de la caracterización poblacional, continúen con el diseño de rutas integrales de atención, la definición de competencias de cada uno de los actores, la identificación de redes de apoyo social y la organización de redes integradas de servicios salud, de tal forma que se reduzca la carga de enfermedades evitables en los territorios; determinación de estándares de seguimiento y evaluación de los resultados del modelo de cooperación para la implementación de políticas de salud, que busquen impactar las condiciones de vida de las poblaciones y cada uno de estos procesos, a través de herramientas de evaluación permanente como indicadores de gestión y resultado, que permitan retroalimentar a los equipos de trabajo y definir ajustes del modelo o política.

Finalmente, dentro de los retos que tenemos como actores del sistema de salud en el marco de la implementación de políticas públicas en salud en los territorios, está buscar estrategias que permitan el trabajo articulado con otros sectores del territorio que implementan programas para el desarrollo social de las comunidades, de tal forma que se puedan abordar de manera integral los factores de riesgo identificados durante el proceso de caracterización; así como también tendremos el reto de generar procesos de corresponsabilidad con el individuo, familia y comunidad para el cuidado de la salud individual y colectiva, en el marco del cumplimiento de los deberes que como usuarios del sistema les asiste. De esta forma se lograría mejorar el impacto que tienen los modelos de salud de los territorios aportando en la reducción de eventos de salud prevenibles y permitiendo el mejoramiento de las condiciones de salud de las familias en sus entornos.

EXPERIENCIA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CRÓNICOS EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL SUR DE BOGOTÁ

Claudia Marcela Vargas Peláez ¹³

Palabras Clave: Enfermedades crónicas no transmisibles, atención primaria en salud

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), son aquellas que no son causadas por una infección aguda. Usualmente son de largo plazo y generan la necesidad de tratamiento y cuidados. Las ENT son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo y en la región de las Américas causan 5,5 millones de muertes por año. Entre estas enfermedades se encuentran la Hipertensión Arterial (HTA), la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (1).

Las ENT son causadas por múltiples factores, entre ellos genéticos, fisiológicos, ambientales y del comportamiento (2), por lo tanto para su prevención y control se requiere de un abordaje amplio del proceso salud-enfermedad, que además de la atención médica, considere la determinación social de la salud, y que vincule a un equipo multidisciplinario, herramientas que se contemplan en el modelo de atención en salud conocido como Atención Primaria en Salud (3).

En este trabajo se describe la experiencia del trabajo como química farmacéutica que hacía parte del equipo de atención en salud del programa de pacientes crónicos de un hospital de primer nivel de complejidad en el sur de la ciudad de Bogotá.

Contexto de la experiencia

El hospital de primer nivel contaba con 12 centros de salud entre Unidades Básicas de Atención (UBAs), Unidades Primarias de Atención (UPAs) y un Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI) distribuidas a lo largo y ancho de la localidad de Bosa. En esa época, se estaba implementando en Bogotá, desde la Secretaría Distrital de Salud, la estrategia de Atención Primaria en Salud en los hospitales públicos. La implementación de este modelo de atención se veía favorecida en los hospitales públicos por su contexto territorial, por su relación con la comunidad, también en particular porque en ese momento, este hospital era la única entidad de primer nivel disponible en la localidad, por lo que todas las Empresas Administradoras de

¹³ Química Farmacéutica, Magíster en Ciencias-Farmacología, Doctora en Farmacia. ONG Fundación Ifarma. Profesora Asistente de cátedra del departamento de Farmacia de la Universidad Nacional de Colombia. Correo: cmvargas@unal.edu.co

Planes de Beneficios (EAPBs) del régimen subsidiado contrataban los servicios de atención básica con esta institución. Esta última característica permitía que el cuidado del paciente crónico se pudiera desarrollar en el marco del territorio, pues las actividades del programa estaban enlazadas con las actividades que desarrollaba el hospital como parte del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) a nivel de la localidad.

El programa de atención a pacientes crónicos y el rol de la química farmacéutica

El programa estaba bajo la coordinación del área de Salud Pública del hospital y se atendían pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y/o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en su mayoría mayores de 60 años. En el programa se contaba con un equipo multidisciplinario, en cada UBA, UPA y el CAMI había un médico general o familiar que atendía a los pacientes crónicos vinculados al programa; había una enfermera que se encargaba de la coordinación de las actividades del programa y, dependiendo de las situaciones o problemas de salud que se identificaran, se contaba también con la participación de nutricionista, psicólogo, trabajo social, educador físico y químico farmacéutico. Estos 5 últimos profesionales, rotaban por todos los centros de salud dependiendo de la demanda de consultas y la programación de las actividades del programa.

En general, el programa realizaba actividades una vez al mes que incluían consulta con médico general o de familia, consulta con el farmacéutico, actividad de ejercicio físico, charlas de educación en salud y entrega de medicamentos cerca de casa. Esta última actividad se llevaba a cabo porque la entrega de los medicamentos para el tratamiento de HTA, EPOC y DM2, las EAPBs la tenían contratada con el hospital, por tanto, los pacientes no tenían que desplazarse hasta el punto de dispensación de las EAPB que no quedaban en la localidad, sino que el hospital hacía el suministro. El hospital tenía solo una farmacia en el CAMI, que estaba localizado en el centro de la localidad. Para facilitar el acceso de los pacientes a los medicamentos, el día de la consulta médica, la enfermera del centro de salud responsable por el programa recogía las prescripciones y se enviaban al CAMI y al día siguiente el paciente podía reclamar sus medicamentos en el centro de salud cerca a su casa.

Entre las actividades que estaban a cargo de la química farmacéutica estaba la consulta de atención farmacéutica, la cual se agendaba para el mismo día de la consulta médica para facilitarle al paciente el acceso a los servicios de salud, evitar un doble desplazamiento hasta el centro de salud y también, para que en caso de que se detectara algún problema relacionado con los medicamentos (errores de prescripción, interacciones, reacciones adversas a medicamentos, falta de exámenes de control) durante la consulta farmacéutica, se pudiera hacer inmediatamente la gestión con el médico tratante para ajustar la terapia medicamentosa a las necesidades del paciente. Adicionalmente, se verificaba si el paciente enfrentaba barreras de acceso a medicamentos y servicios de salud que el paciente requería pero que no eran responsabilidad del hospital, sino de la red de atención establecida por la EAPB, para lo cual se había gestión desde la coordinación del programa con la EAPB responsable para resolver los problemas de acceso.

En la consulta ambulatoria se hacía también la evaluación de posibles problemas de nutrición, de salud mental como depresión relacionada con el aislamiento, pues, aunque vivían con sus familiares, durante el día las personas salían a trabajar o a estudiar y el paciente pasaba este periodo solo. También se hacía la identificación de posibles casos de violencia intrafamiliar y se identificaban problemas de acceso a alimentos y junto con trabajo social se hacía el enlace para vincularlos a los programas de comedor comunitario.

Además de la consulta ambulatoria, la Q.F, hacía seguimiento a los pacientes crónicos que llegaban al servicio de observación del CAMI. En estas visitas debía revisar si los pacientes estaban vinculados al programa de atención y verificar si algún problema relacionado con medicamentos era la causa de que el paciente hubiese requerido atención prioritaria en este centro de atención.

Resultados del programa

Las actividades que se desarrollaban en el programa, especialmente las que permitían la socialización de los adultos mayores, tenían un impacto importante en la calidad de vida de los pacientes, pues muchos de ellos, aunque vivían con sus familiares, no tenían una red social establecida y la interacción con otras personas de características similares era limitada. La actividad mensual que realiza el hospital era el momento de socializar y de intercambiar con otras personas. Otro aspecto importante es que las actividades de ejercicio físico les brindaban una oportunidad de ejercitarse de una forma segura, pues en la localidad, por las condiciones de seguridad de la zona, no les era fácil a los adultos mayores salir a un parque solos para realizar actividad física. Las actividades de ejercicio físico les brinda insumos para poder realizar algunos ejercicios en sus casas. Estos dos aspectos eran los que con mayor frecuencia destacaban los pacientes cuando se les indagaba por su evaluación del programa. La entrega de los medicamentos cerca a su casa facilitaba el acceso a los medicamentos por parte de los pacientes, pues evitaba desplazamientos largos de los pacientes o sus cuidadores para reclamarlos. El abordaje integral de los determinantes sociales de la salud. Cuando se identifican barreras de acceso a servicios y medicamentos que no eran responsabilidad del hospital, desde el área de salud pública se hacía la gestión con la EAPB para que se resolvieran esas barreras y que, en lo posible, la prestación de los servicios o entrega de medicamentos se hiciera cerca de la localidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banco Interamericano de Desarrollo, Macinko, J., Dourado, I., & C. Guanais, D. (2011, November). *Enfermedades Crónicas, Atención Primaria y Desempeño de los Sistemas de Salud Diagnóstico, herramientas e intervenciones* (IDB-DP-189). Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Enfermedades-cr%C3%B3nicas-atenci%C3%B3n-primaria-y-desempe%C3%B1o-de-los-sistemas-de-salud-Diagnostico-herramientas-e-intervenciones.pdf>
- OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). *Enfermedades no transmisibles*. Retrieved October 7, 2022, from <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- World Health Organization. (2020, September 8). *WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care*. Retrieved October 7, 2022, from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334186>

VISIÓN DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD - RED INTERNACIONAL DEL CUIDADO

Miller Andrés Rodríguez Zárate ¹⁴

El expositor inicia realizando una presentación de la Red Internacional del Cuidado como organización. Esta nació con el interés de visibilizar a los cuidadores de personas con discapacidad en el núcleo familiar. Esta organización nació el 8 de mayo de 2019, a partir del primer operario de cuidado básico de personas con dependencia funcional del Sena - Integración Social - Cadis. Nace la idea de no dejar pasar este operario como un curso más, sino que a partir de este aprendizaje, es necesario dejar una huella y una idea para visibilizar a los cuidadores y cuidadoras para marcar un hito en la historia del cuidado en Colombia y el mundo. La visión de la organización es ser la primera y única red de apoyo integral para el cuidado, posicionándose para el año 2025 como la Organización Internacional del Cuidado que ha apoyado, guiado, enseñado y visibilidad a cinco millones de cuidadores, cuidadoras, personas con discapacidad sin redes familiares, personas con discapacidad y su núcleo familiar. Esta red tiene presencia en ocho países, en los que se encuentra: Colombia, España, México, Chile, Brasil, Francia, Islas Turcas y Caicos y Nueva Zelanda.

Por otro lado, la misión de la organización es llegar a ser una red de apoyo que agrupa a nivel local, distrital, nacional e internacional a cuidadores, cuidadoras, personas con discapacidad sin redes familiares, personas con discapacidad y su núcleo familiar. Así como todo tipo de personas con dependencia del cuidado, con un enfoque diferencial, teniendo en cuenta los diferentes grupos poblacionales. De esta manera, se puede articular con las diferentes redes de apoyo entes gubernamentales para fortalecer la unidad productiva o emprendimiento, la salud mental psicológica, la capacidad laboral, educativa económica, familiar y persona, empoderar a los cuidadores y cuidadoras a través del program de cualificación de saberes, generar rutas para la empleabilidad para mejorar la economía de las familias en los diferentes campos y crear y anclar los instrumentos participativos de la ciudadanía a través del sistema distrital de cuidado.

La Red Internacional del Cuidado, cuenta con un equipo humano altamente calificado y motivado. Se focaliza en aumentar permanentemente su valor, a través de la excelencia en el desempeño diferenciándose por su calidad, transparencia, honestidad, solidaridad, respeto y pasión por el servicio a la comunidad. Además de ello, esta organización está totalmente legalizada ante todo los entes Colombianos. Este proyecto nace en honor a Gladis Zárate, una persona que padece de discapacidad múltiple y es cuidada por Andrés Rodríguez desde hace más de 12 años.

¹⁴ Asesor bancario de profesión, Cuidador 24/7 de mi Madre Gladis Zarate adulta mayor con discapacidad múltiple severa, Egresado del Programa de Formación Cuidado Básico de Personas con Dependencia Funcional, Ejecutivo de la Organización Pirelly Internacional, Veedor en Salud, Promotor Ley del Cuidador, Presidente Fundador de la Red Internacional del Cuidado. Correo: miller_rodriguez@hotmail.com

Entonces, ¿Qué ha hecho la Red Internacional del Cuidado para apoyar a los cuidadores y cuidadoras? La red ha podido realizar capacitaciones a través de la programación neurolingüística; se ha trabajado con la alcaldía de suba, en un proyecto con cuidadores; con el concejal Andrés Onzaga, en un proyecto de apoyo a una salida al jardín botánico en navidad; con la concejala Ángela Sánchez, en la ley de cuidadores por medio de la recolección de firmas; con el grupo Color y esperanza internacional, en un proyecto por niños, niñas, jóvenes y adolescentes; un proyecto de dispositivos de asistencia personal, con un proyecto de apoyo a los cuidadores con dispositivos; con los ediles de Kennedy, Suba y Ciudad Bolívar, en un evento navideño y de Halloween; con el IDR, en actividades de recreación y rutas virtuales; con múltiples empresarios, que apoyaron con la donación de mercados; con la Fundación Cardio Infantil, para el avance de la evidencia médica; con IDEPAC, en un proyecto de prevención de datos, congreso desaprender; con la Manzana de cuidado de Ciudad Bolívar, en talleres de hábitos de ahorro; con la emisora JUN STEREO, con la presentación de la rica a la comunidad; entre otros.

De igual manera, la Red Internacional del Cuidado ha fortalecido el liderazgo. Cuentan con un grupo de cuidadores que realizan actividades de apoyo como moderación por grupo, coordinación por localidades, coordinadores por cuidadores y un grupo de staff. Además de ello, se realiza la invitación aleatoria a cuidadores y cuidadoras de la Red Internacional del Cuidado para que participen en todos los espacios, se empoderen y sean nuevos líderes, así como, dar a conocer el rol del cuidador. Por otro lado, la Red Internacional del Cuidado se ha aliado con la Organización Color y Esperanza Internacional. Esta organización aliada, trabaja y lidera a niños, niñas, jóvenes, adolescentes, familias, cuidadores y cuidadoras de personas con y sin discapacidad. Esta alianza se establece en aras de fomentar y fortalecer la incidencia en los diferentes espacios de participación.

NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES - TECuido

Yolanda Gutiérrez ¹⁵, Mario Fernando Guerrero Gutiérrez ¹⁶, Diosa Isabel Rico García¹⁷

Objetivo

Esta ponencia busca reconocer la inminencia de las nuevas tecnologías como mecanismos favorecedores de las dinámicas y procesos de cuidado en los territorios.

Contexto

Es posible establecer que el aumento de la esperanza de vida es la historia de éxito del mundo moderno, reflejando avances en las ciencias de la salud, el progreso económico y el avance social; en ese sentido es fundamental hablar de la consolidación de nuevos modelos de cuidado que permitan la plena vivencia de esta longevidad, y permitan a las personas mayores adaptarse de la mejor manera a los retos del mundo moderno.

Ahora bien, el difícil episodio de la pandemia nos confrontó a todos y a todas a la profunda realidad del aislamiento moderno, realidad en la que las personas mayores ya viven desde hace años.

En este escenario las nuevas tecnologías surgieron como canal de comunicación, de acercamiento, de construcción de nuevas redes familiares, comunitarias y personales y como mecanismos de interacción fundamental entre las personas mayores y las instituciones.

Hipótesis

Lo cual ha nos plantea que las nuevas tecnologías pueden jugar un importante papel como estrategias de cuidado y acompañamiento.

15 Persona mayor; tallerista en temas de cuidado; formadora de cuidadores de persona dependiente y con discapacidad; coordinadora del proceso piloto de certificación por competencias laborales en la titulación “Atención y cuidado de personas en el domicilio” (normas de competencia 260602026/7/8/9) SENA-Colombia; Integrante mesa técnica nacional para la implementación de la ley 1413 de economía del cuidado; Integrante mesa técnica distrital de defensores de la tutela. Correo: yg934896@gmail.com

16 Pregrado en Historia, Magíster en Comunicación y Medios, Doctor en Medios, Comunicación y Cultura. Investigador en Conflicto, Política comparada y análisis comunicativo, docente y editor académico. Líder grupo de investigación “Comunicación, Educación, TICs y Conflictos Contemporáneos”. Vicerrectoría de Investigación- Universidad Nacional de Colombia. Correo: mfguerrero@unal.edu.co

17 Directora de servicios de la Organización TECuido. “Tecnologías de cuidado y acompañamiento”. Asesora de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social-OISS. SDIS- Red comunitarias de Cuidado. Correo: drico@sdis.gov.co.

Análisis

Soledad:

El aislamiento tiene fuertes consecuencias en la salud de todas las personas, aún más en las mayores: depresión, ansiedad, declive cognitivo y otras dolencias; se estima que este aislamiento y sus consecuencias, tienen asociadas inmensas cantidades de gastos médicos anuales para los sistemas de salud. Es por esto por lo que una de las posibilidades más significativas que las nuevas tecnologías juegan para las personas mayores, es la ayuda que les puedan prestar para superar uno de sus mayores miedos: la soledad, tanto individual como en lo que respecta al aislamiento de sus familiares.

De esta forma dispositivos y redes comunicativas son la herramienta esencial para conservar y ampliar la red de relaciones de la persona mayor, y con el potencial de promover puentes intergeneracionales con gente joven, nietos, etc. intercambio en línea con las nuevas generaciones que posibilita el traspaso de los conocimientos y las experiencias que sólo otorgan los años.

Inclusión:

Integrar a las personas mayores a la sociedad mediante el uso de la tecnología debe ser una estrategia generalizada, representada en posibilidades de alargar la vida laboral en modalidades como el teletrabajo, y con ellos oportunidades de capacitación y ampliación de conocimientos para fortalecer su independencia al acceder con facilidad a información y recursos que pueden servirles de apoyo en su vida diaria; no obstante, muchas personas mayores experimentan una sensación de exclusión por no usar computadoras o Internet, la complejidad de los teléfonos inteligentes, de las tabletas, computadoras y sus navegadores, y son más complejos sus aprendizajes, de donde se entiende que el reto es acortar la brecha digital de la población mayor como parte de sus capacidades de socialización.

Salud:

La salud es una parte importante, aunque no la única de la vida de las personas mayores, y es en este ámbito en el que, sin lugar a duda, se han encontrado las más exitosas conexiones con las nuevas tecnologías. Ahora bien, quedan retos importantes de sortear para que sea la integralidad de la vida autónoma el factor más importante de la prestación de los servicios de salud, de modo que esta vaya al hogar, a través de servicios de apoyo de emergencias, servicios sociales y asistenciales, pero sobre todo desde la prevención y el seguimiento a los casos individuales.

Envejecimiento activo: La salud se compone no sólo del equilibrio del factor físico, sino también del psíquico o mental. La falta de actividad mental explica la disminución de la capacidad de aprendizaje en la vejez. Diversos estudios han demostrado que el aprendizaje de nuevas tecnológicas estimula la actividad mental de las personas mayores, reduciendo la incidencia de enfermedades como el Alzheimer. El uso cotidiano de la tecnología abre nuevos horizontes a las

personas mayores, interacción social, cultura, ocio, brindar y recibir apoyo, mejorando la visión que tienen de sí mismos y promoviendo la superación de prejuicios al demostrar a la sociedad que Tercera Edad no es sinónimo de pasado, sino de vitalidad, actualidad y utilidad.

Propuestas

Teniendo en cuenta la pluralidad de nuestras regiones y costumbres el sistema de Cuidado Colombiano no puede ser una estructura homogénea por el contrario debe ser una conjugación de diferentes modelos de cuidado, como pueden ser los modelos tradicionales de las culturas locales, los modelos de cuidado familiares, los modelos de cuidado desde la salud, y otros modelos de cuidado que debemos recuperar y explorar; sin embargo sí podemos dar unidad a ese sistema de cuidado nacional, y es impulsar un salto cualitativo sobre la visión que tenemos del cuidado, promoviendo como eje central la promoción de la autonomía y la independencia de las personas mayores, como el más importante valor agregado de ese cuidado, y por ello encontramos que las nuevas tecnologías son una herramienta para hacerlo.

¿Cómo hacerlo?

- Dinámicas de acompañamiento vía telefónica
- Dispositivos de geolocalización
- Dinámicas de acompañamiento familiar por videoconferencia (teniendo en cuenta que es difícil reunir a las familias)
- Dispositivos de monitoreo remoto, para emergencias como caídas, extravíos

Para todo lo anterior es fundamental acercar a las personas mayores al uso de las nuevas tecnologías mediante capacitaciones, pero sobre todo desde el cambio de percepción acerca de las relaciones de personas mayores con las nuevas tecnologías.

En un mundo donde la esperanza de vida aumenta día a día y las personas mayores (PM) constituyen la población más representativa de nuestras sociedades, TECuido, tecnologías de cuidado y acompañamiento, surge como una organización pionera en la búsqueda de nuevos y mejores modelos de cuidado para las personas mayores, enfocados en extender al máximo su autonomía e independencia, con la ayuda de las nuevas tecnologías.

Esta organización, de la que hago parte, promueve modelos innovadores de cuidado de personas mayores y entendemos que la desconexión de los mayores y la tecnología NO SE DEBE A LA EDAD, sino a la carencia de formación y aprendizaje, de infraestructuras, y que los prejuicios existentes frente a la vejez han construido barreras entre las personas mayores y las tecnologías, lo que no es responsabilidad única de ellos sino de la sociedad en su conjunto. A pesar de esto, si bien las personas mayores no son “nativos digitales” es posible y de hecho necesario, promover su conexión con las nuevas tecnologías para afrontar los grandes retos que implica una vida longeva no solo desde la perspectiva de la salud, sino de la plenitud de llevar vidas significativas y llenas de sentido hasta el final.

Por ello nos hemos asociado, un grupo de conocedores del tema de cuidado, profesionales de diferentes áreas y personas mayores, trazándonos la meta de idear modelos innovadores de acompañamiento para persona mayor en Colombia, enfocados en el mantenimiento de una vida independiente, segura, y en contacto permanente con su red familiar.

Conclusión

De este modo vejez y tecnología, como grandes logros del mundo moderno, son una dupla de posibilidades y oportunidades, pues envejecer no significa perder la capacidad de adaptarse al cambio, ni estar anclado en el pasado, por el contrario, gracias a las comunicaciones digitales y las automatizaciones hay un mundo de opciones para los adultos mayores en el que es posible crecer, aprender y ampliar los horizontes día tras día, siendo la tecnología una herramienta para mejorar su autoestima, disminuir los momentos de depresión, y de aislamiento y soledad, promoviendo la comunicación fluida y permanente con su familia y amigos, y generando nuevas formas de relacionamiento.

La búsqueda de una vida plena con los máximos niveles posibles de autonomía debe ser el objetivo de estos nuevos modelos de vida, brindando la posibilidad de vidas independientes inclusive en los mismos hogares que construyeron durante toda su vida, que sería el lugar preferido para envejecer, lo cual presenta grandes retos, que se pueden afrontar de la mano de las tecnologías como herramientas como complemento y compensadoras con miras a mejora de su calidad de vida.

DISCUSIÓN Y CIERRE

Valentina Herrera Ospina¹⁸

El pasado 27 de mayo de 2022, se realizó el Foro: “Implementación de Políticas de Cuidado con Enfoque Territorial” convocado por el Centro de Pensamiento - El Cuidado: Eje Esencial y Ético de las Políticas de Bienestar, Equidad y Calidad de Vida de la Universidad Nacional de Colombia. Los y las expertas Nubia Melo por parte de la Superintendencia de Salud Supersalud; Claudia Marcela Vargas, miembro de la Fundación IFARMA y docente de la Universidad Nacional de Colombia; María Mónica Mangarrés de la Corporación SISMA Mujer; Andrés Rodríguez, cuidador y miembro de la Red Internacional de Cuidado; y Diosa Isabel Rico de la Secretaría Distrital de Integración Social compartieron sus experiencias de implementación en programas y proyectos específicos dirigidos a mujeres, personas con discapacidad, población en situación de vulnerabilidad, personas de la tercera edad; cuidadores y cuidadoras; niños, niñas y adolescentes.

Retomando las palabras de la experta Mariela López Mejía de la Alcaldía de Santiago de Cali que en el panel “Realidad de la Implementación de la Política en los Territorios” nos habló sobre la apuesta feminista de entender el cuidado como un saber aprendido, en esta sección las y el panelista hablaron sobre el cuidado y la territorialidad. Desde su experiencia de trabajo y de vida aportaron a la conceptualización del cuidado como derecho fundamental. Gracias a los diferentes lugares, roles y cargos que ocupan pudieron compartir sus consideraciones respecto de la respuesta y cobertura estatal de cuidado en los territorios. Al respecto, desde sus reflexiones invitaron a generar acciones diferenciadas, integrales, con profesionales de distintas disciplinas; y a diseñar, implementar y ejecutar políticas respetuosas de la agencia de las personas receptoras a las que van dirigidas.

Además, resaltaron la importancia del compromiso institucional y de las organizaciones de la sociedad civil que compartan su preocupación por el bienestar social y se articulen para lograr este objetivo. En este sentido, de acuerdo con las voces de las panelistas, es indispensable tener en cuenta la convergencia de los sistemas que necesariamente se entrecruzan en materia de cuidado, como la salud, el acceso a servicios públicos de calidad y la conformación redes comunitarias, sociales, de apoyo y de intercambio.

En este espacio pudimos conocer las experiencias de la gestión en salud para personas en situación de vulnerabilidad; Nubia Melo nos compartió su trabajo desde la Superintendencia de Salud en la conceptualización de la vulnerabilidad como contextual, derivada de causas exógenas o producida por el cruce entre políticas de desarrollo de los territorios y las características humanas. Asimismo, los y las panelistas nos presentaron sus aprendizajes en las redes de cui-

¹⁸ Abogada con opción en Antropología de la Universidad de los Andes con experiencia en derechos humanos y de género, concretamente respecto al desarrollo de proyectos y trabajo con población LGBTI y personas con discapacidad. Miembro de la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado -MIEC y de la Red de Formadores de la Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla. Correo: vherrerao@unal.edu.co

dado comunitarias; en el cuidado de pacientes crónicos en el marco de la atención primaria en salud pública en el Distrito; y de asistencia a las mujeres trabajadoras del sector salud durante la pandemia, quienes fueron y son la primera línea para mitigar los riesgos de la emergencia sanitaria, que requieren apoyo particular para movilizarse, de atención psicológica y cuidado emocional. La sección cerró con la intervención de Diosa Isabel Rico, que nos mostró la importancia de las tecnologías en el cuidado y acompañamiento en la vejez.

En consideración de la pregunta sobre ¿qué aprendizajes se producen desde el hacer y desde lo relacional entre las expertas y la población con la que trabajan?, y particularmente, ¿cuáles son los aspectos, los enfoques y factores que les han permitido aportar al cuidado de las personas cuidadoras o receptoras de cuidado con las que interactúan en los proyectos y programas específicos en los que trabajan?, las expertas nos comentaron que sus procesos han estado guiados desde un enfoque feminista, transformador y diferencial respecto de las necesidades de la población y grupos vulnerables; que incorpora a todos los actores, incluyendo una respuesta estatal frente a los retos que se presentan actualmente para la caracterización de la población receptora de cuidado.

Narrar y compartir las experiencias y posicionamientos de funcionarios, profesionales y actores como el Estado y la comunidad demuestra el compromiso de articularse entre sí; uno de los factores vitales para la redistribución, la reducción y el reconocimiento del trabajo de cuidado. Poner en diálogo y a nuestra disposición sus experiencias de implementación en proyectos y programas específicos de cuidado y aportar desde el conocimiento producido en esa experiencia de trabajo y de vida sobre los retos, resultados, métodos y herramientas para que estas acciones sean integrales, diferenciales, multidisciplinarias, respetuosas de la agencia de las personas receptoras de cuidado, consideradas y genuinamente orientadas a sus necesidades y a las de sus núcleos hace parte de una voluntad compartida transformadora de la realidad social.



PARTE



III

**EXPERIENCIAS DE
FORMACIÓN DEL RECURSO
HUMANO EN CUIDADO**



EXPERIENCIA DE FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN CUIDADO

Uriel Ignacio Espitia Vásquez¹⁹

Palabras clave: Hospitalidad, Pedagogía hospitalaria, Cuidado de la niñez enferma y hospitalizada

Introducción

Análisis del proceso de formación del talento humano desarrollado en una Licenciatura en Educación Infantil para el cuidado de la infancia enferma y hospitalizada, entre los años 2008 y 2020. Recuento de los orígenes de la experiencia, sus principales hitos de desarrollo y comprensiones teórico-metodológicas alcanzadas.

Metodología

Trabajo de investigación, formación y proyección social desarrollado con estudiantes y docentes de la Licenciatura en Educación Infantil de la Fundación Universitaria Monserrate – Unimonserrate.

Resultados

Prácticas pedagógicas desarrolladas en varios hospitales de Bogotá. Un proyecto de consultoría realizado con Fundación Telefónica para crear siete aulas hospitalarias en el país. Un proyecto de consultoría realizado con la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, CIPI para crear tres aulas hospitalarias en el Pacífico Colombiano. Cinco proyectos de investigación finalizados. Participación en la Red UNITWIN de Pedagogía Hospitalaria de la UNESCO entre 2014 y 2018 y en la Red Colombiana de Pedagogía Hospitalaria, REDCOLPH entre 2011 y 2020. Participación en eventos nacionales e internacionales. Aportes a la teorización de la ética de la hospitalidad y de las prácticas de cuidado de sí y del otro en el campo de acción de la pedagogía hospitalaria.

Limitaciones y retos propuestos

Falta una política pública nacional para el desarrollo de este campo de formación profesional a escala nacional para superar la etapa de experiencias sociales y universitarias desarrolladas en algunas ciudades del país.

¹⁹ Psicólogo, Especialista en Comunicación Educación y Magíster en Investigación en Problemas Sociales Contemporáneos, Profesor universitario e investigador independiente. Consultor asesor académico. Correo: uiespitav@unal.edu.co

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bárcena, F., & Mèlich, J. (2018, January 2). *La educación como acontecimiento ético: Natalidad, narración y hospitalidad (Educación: otros lenguajes) (Spanish Edition)*. Miño y Dávila editores.
- Espitia, U. I., & Barrera, N. M. (2019). *La pedagogía hospitalaria de la Unimonserate: una opción de cuidado con las infancias*. Bogotá: Fundación Universitaria Monserrate. <https://n9.cl/yu758>
- Gaviria, A. L. G. (2022, October 8). *El Trabajo y la ética del cuidado*. La carreta Editores.
- Gaviria, A. L. G., Urquijo, A. A., Pérez-Bustos, T., & Duque, P. J. (2018, May 13). *Género y cuidado: Teorías, escenarios y políticas (Spanish Edition)*. Universidad Nacional de Colombia.
- Maller, C. J. (2015, January). Understanding health through social practices: performance and materiality in everyday life. *Sociology of Health & Illness*, 37(1), 52–66. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12178>

ANÁLISIS DEL GASTO DE INVERSIÓN EN SALUD Y EN TEMÁTICAS DE CUIDADO

Daniel Duque Lozano²⁰

Palabras clave: Cuidado, Inversión, Política fiscal.

Introducción

En Colombia los territorios manejan de forma independiente su gasto de inversión en distintos rubros, los bienes públicos en los que invierten son determinantes para comprender el interés, la necesidad y el progreso de los municipios en materias específicas. En temáticas de salud nos encontramos con un gasto de inversión en salud pública, gasto en investigación en salud y gasto en acueducto (pues la calidad del agua afecta de forma directa la capacidad de prestar servicios de cuidado y el tiempo de trabajo que se debe dedicar).

Metodología

En el evento mostramos de forma general cómo se gasta en inversión por parte de los municipios, en cuales rubros se dedican más recursos y como estos se correlacionan con una capacidad mayor o menor de cada territorio para prestar servicios idóneos en temas de salud y cuidado. Intervención estrategias implementadas en la experiencia presentada

Resultados

En los municipios Colombianos el promedio de inversión en salud es bastante alto, de cerca del 48% del total de inversión, pero varía en sus resultados de entre casi el 0% y no tener prácticamente gasto dedicado hasta casi el total del gasto de inversión. Los resultados muestran que la gran mayoría de los municipios tienen un interés particular sobre la salud y/o tienen una gran necesidad en aspectos de salud y por lo tanto gastan grandes cantidades para nivelarse en este tema.

En rubros asociados como el acueducto y la educación los porcentajes son mucho más bajos, en educación se gasta alrededor del 9% de la inversión y en acueducto 0.058% (cercano al valor de inversión en atención y apoyo a la mujer 0.058%). Expresando una situación de menor inversión para las condiciones presentes.

²⁰ Economista, Maestrante en Inteligencia Artificial. Analista de Política Fiscal y tributación con enfoque de género. Asesor económico en Observatorio Fiscal. Correo: daniel_duque@javeriana.edu.co

Limitaciones y retos propuestos

Los resultados no muestran de forma clara la realidad presente en los territorios, solamente aportan información de cuanto se gasta en los rubros propuestos, que si bien permite comprender la tipicidad fiscal de los territorios y entender las situaciones que se prestan, dejan preguntas acerca de que se debería hacer y cómo deberían moverse los gobiernos locales para mejorar la situación en temas de salud y cuidado para los municipios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DNP. (n.d.). *Departamento Nacional de Planeación. Informes Disponibles*. <https://sisfut.dnp.gov.co/>

Hernández Bonilla, H. M., Herrera-Idárraga, P., & Quevedo Rocha, I. K. (2022, March). *Infraestructura física del cuidado en Colombia: una aproximación cuantitativa a la relación entre el acceso al agua y el uso del tiempo*. In *QUANTA - Cuidado Y Género*. <https://cuidadoygenero.org/wp-content/uploads/2022/05/Infraestructura-cuidado.pdf>

TRABAJO DE CUIDADO: PROFESIONALIZACIÓN Y VALORACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA VEJEZ EN Colombia

Javier Armando Pineda Duque²¹

El profesor Javier inicia su intervención realizando el planteamiento de unos argumentos centrales como evidenciar los procesos de mercantilización, profesionalización e institucionalización del cuidado, particularmente en el cuidado de la salud y la vejez; el mostrar cómo ese proceso da continuidad a una desvalorización del trabajo de cuidado y afecta a la ética del cuidado y la dignidad de los pacientes de la vejez; e, identificar la construcción de una identidad y una ética de cuidado en las cuidadoras.

Se muestra un aumento significativo de las publicaciones en inglés en la base de datos Scopus, la producción de la literatura académica para el término “Care”, tomando como punto de origen 1980 a 2019. De igual manera, si se realiza la búsqueda para la producción científica en español, se evidencia que en 1990 no había producción, a comparación de 2018 con más de 1500 títulos. Por lo tanto, se puede afirmar que tiene un comportamiento similar en la producción de anglosajona e iberoamericana.

Lo anterior se debe a un aumento de la publicación de múltiples libros del tema del cuidado. Estos, salen el auge del concepto del giro conceptual del cuidado, que se ha planteado por múltiples teóricos desde 1979, hasta la actualidad. Para hablar de políticas de cuidado, es muy complejo ya que el cuidado se da, por supuesto, en los hogares, lo que se define como el trabajo no remunerado y ha sido la agenda feminista desde los años 70 y 80. Por otro lado, los cuidados remunerados, que han sido procesos históricos distintos, que se llama la socialización o la mercantilización del cuidado. Es importante resaltar que la socialización y la mercantilización no son lo mismo; el primero es cuando el cuidado lo asume el estado y parte de la sociedad civil, mientras que el segundo es cuando lo asume el mercado. Para hablar de políticas de cuidado, es importante ver cómo se articula el trabajo no remunerado y remunerado. En el cuidado no remunerado se entiende a las mujeres “amas de casa” y las empleadas domésticas, mientras que para el cuidado remunerado, se entiende al cuidado institucional de la infancia, en el que se encuentran las “madres comunitarias” y las cuidadoras de jardines infantiles, el cuidado institucional de la vejez, el cuidado en los servicios de salud, los servicios personales de cuidado del cuerpo y el cuidado comunitario. El símbolo del cuidado en Colombia, son las “madres comunitarias”.

Uno de los aspectos más importantes de la injusticia de clase, género y raza es la gran cantidad de personas hábiles que usufructuar ese cuidado, especialmente hombres adultos, pero

21 Economista, Magíster en Economía, Doctor en Filosofía. Profesor Asociado en Sidra, Universidad de los Andes. Coordinador del grupo Clacso sobre Género y Cuidados, y es miembro de la Asociación Latinoamericana de Estudios Laborales -ALAST, y Asociación de Estudios Latinoamericanos - LASA. Correo: jpineda@uniandes.edu.co

también algunos grupos de mujeres. No son personas dependientes, pero disfrutan de estos cuidados. Por consiguiente, esta masa de privilegiados, hacen parte de las injusticias de género que vemos en el cuidado. Lo más importante entre el trabajo de cuidado remunerado y no remunerado, son las dificultades que presentan. El sistema distrital de cuidados ha hecho un avance significativo con las manzanas de cuidado. Pero el llevar el cuidado a los hogares no solamente es de unos programas específicos, en dónde se van a pagar cuidadores, que es necesario, sino de reformar los sistemas de protección y seguridad social. Es decir, es necesario hacer incluso reformas constitucionales porque en la constitución el cuidado descansa en la familia, por consiguiente el apoyo que se trata de dar es a la familia. Sin embargo, debemos ver la cantidad de tutelas instauradas, por ejemplo para el cuidado de la vejez. Estas son porque las EPS no cuidan, únicamente prestan servicios de salud. Las EPS no hacen la labor de lavar, de bañar al anciano, de cambiarlo, eso no lo prestan, únicamente por tutelas. Ya que excepcionalmente, la corte constitucional permitió eso.

Hacer una política de cuidado va mucho más a fondo, y, lo que está haciendo Bogotá es importante para demostrar que si se puede. Sin embargo, este proceso es costoso, ya que solamente con los recursos de salud, se podrían realmente alterar lo que llamamos la redistribución del cuidado.

Ahora, ¿Qué pasa en los hogares?. Se evidencia que las cuidadoras de tiempo completo, más de 8 horas diarias de cuidado, de cuidado no remunerado son las que llamamos las “amas de casa” se presentan un 23%, las cuidadoras de medio tiempo un 16% y las cuidadoras de corto tiempo, que reciben una retribución salarial se presentan un 47%, finalmente hay un porcentaje de los que no son cuidadores 14%. ¿Por qué se presenta la crisis del cuidado? Porque han cambiado las relaciones de género, porque han disminuido los hogares, porque la familia patriarcal ha sido fusionada y ha entrado en crisis y, lo que se llama las “amas de casa” ha venido disminuyendo, de un 34% a 26% en el siglo 21. Sin embargo, este comportamiento no es exclusivo de este siglo, sino que también se evidencia en el siglo 20. Ahora, con respecto a las trabajadoras domésticas también han disminuido su número, esto quiere decir que el porcentaje de mujeres que trabajan en el mercado laboral como trabajadoras domésticas ha pasado de 12% a inicios del siglo 21 a casi 6% en el 2018. Ha pesar del cambio del paradigma del cuidado y del aumento de la profesionalización y la institucionalización, se ha presentado una desvalorización del cuidado, esto conlleva a una afectación a la ética del cuidado.

El cuidado de la vejez ha aumentado considerablemente a lo largo de los años. Según la Cámara de Comercio de Bogotá, por el registro único empresarial, se evidencia un aumento de 0 casas gerontológicas privadas en Bogotá en 1970 a 42 casas para el 2013. Sin embargo, es necesario revisar el comportamiento de estas casas posterior a la pandemia que se ha presentado. Ahora, esto es fiel evidencia del comportamiento del mercado en respuesta a las necesidades de cuidado. Sin embargo, es importante evaluar las condiciones en las que se prestan estos servicios y las personas que los proveen. Se ha encontrado que hay dos tipos de cuidadoras, las auxiliares de enfermería y las cuidadoras no profesionales. Estas cuidadoras, son vinculadas como “personal de servicios generales”, quienes son las que hacen el trabajo duro y proveen el cuidado directo de las personas.

En el caso de la salud, es bien conocido que el país tiene una crisis de salud. Ahora, la salud ha tenido un crecimiento significativo en Colombia, a partir de la reforma. Es decir, la cotización a la salud que pagamos todos los trabajadores formales, los aportes han crecido. Consecuentemente

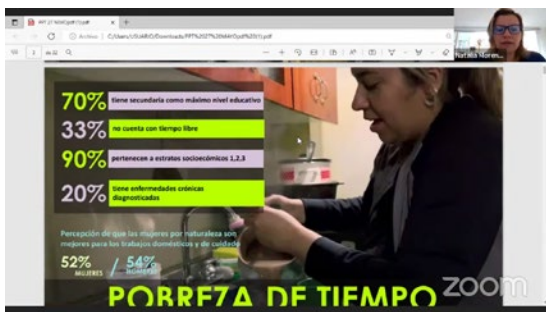
ha crecido el número de trabajadores de la salud. Por lo tanto, también han aumentado la cantidad de programas de pregrado en áreas de la salud en Colombia. Se evidencia para el 2018 un total de 288 programas de pregrado en áreas de la salud, de los cuales 66 son de enfermería, a comparación de 1974, en dónde el total de programas era 50 de los cuales enfermería aporta 12.

Del total de profesionales de la salud registrados en Colombia, el personal de enfermería y auxiliares de enfermería aportan el 42.6%, de las 28 ocupaciones registradas. Por supuesto, estos datos tienen unas limitantes estadísticas, ya que no todo el personal registrado ejerce su profesión o parte del personal registrado desempeña labores administrativas. El personal de la salud está vinculada a las instituciones por medio de tres modalidades: Contratos directos de trabajo, contratos de prestación de servicios e intermediación laboral. La intermediación laboral se da a través de cooperativas de trabajo asociado, empresas de servicios temporales y contratos sindicales. El 25.9% del personal no trabaja en la misma empresa que lo contrata, por consiguiente, es un subcontratista. De igual manera, se encontró que el 60.7% no está cotizando a un fondo voluntario de pensión. Este porcentaje se presenta en mayor medida en las personas con educación básica secundaria (86.1%), posterior las personas con educación media (62.1%) y finalmente en las personas con educación superior o universitaria (35.4%).

Esta situación laboral y organizacional tiene efectos en la ética. Ya que esta dinámica entre empleadores, intermediarios y formas de vinculación laboral ha impactado la autonomía y la capacidad resolutoria de los profesionales de la salud, tornando más compleja y difusa la responsabilidad ética y civil derivada del ejercicio de su profesión (MinSalud, 2018). Se busca realizar intervenciones que atiendan a todas las poblaciones del diamante del cuidado, las cuales son las familias, estado, mercado y sociedad civil. De igual manera, es importante afirmar que, primero, las personas necesitan de cuidados, segundo, las familias son quienes cuidan a sus miembros, y, tercero son las personas las que otorgan los cuidados.

Grabación de la sesión

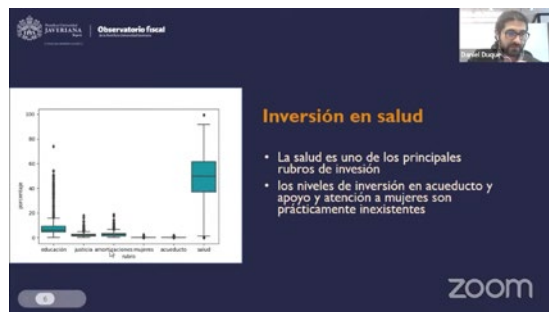
Consulte la grabación de la sesión en el canal de YouTube de la Facultad de Enfermería en el siguiente enlace https://youtu.be/o0L4n_n-Fes



3. NECESIDADES COMUNES

- Llevar nuestras necesidades a instancias de toma de decisión para generar cambios reales.
- Que nuestro trabajo sea reconocido social y económicamente.
- Soporte emocional ante el agotamiento originado por el trabajo y ante diferentes situaciones cotidianas.

sisma



MEMORIAS DEL EVENTO
IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE CUIDADO CON
ENFOQUE TERRITORIAL REALIDADES Y RETOS
2022