

Observatorio de Género
de Nariño

Grupo de Investigación Derecho, Justicia y Región



OBSERVATORIO DE GÉNERO DE NARIÑO

DIAGNÓSTICO DE OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE CUIDADO EN EL MUNICIPIO DE PASTO

San Juan de Pasto, noviembre de 2021





*El valor es la capacidad de las cosas para satisfacer necesidades...
muchas cosas tienen un alto valor,
más difícilmente pueden convertirse en monedas,
porque no tienen precio.*

*El creciente interés por el valor del tiempo que no tiene precio
se debe a la insatisfacción de muchos colectivos sociales,
especialmente de mujeres,
por lo escasamente visible que resulta su trabajo
en la mayoría de las interpretaciones económicas y políticas...*

El cuidado es un gran devorador de tiempo.

María Ángeles Durán

El valor del tiempo. ¿Cuántas horas te faltan al día?

CONTENIDO

1. Introducción	5
2. El concepto de cuidado	10
3. La demanda de cuidados en el municipio de Pasto.....	21
4. La organización social del cuidado en el municipio de Pasto.....	30
5. Conclusiones y recomendaciones	46
6. Referencias	47



ACRONIMOS

ABVC: *Actividades básicas de la vida cotidiana*

AIVC: *Actividades instrumentales de la vida cotidiana*

CAUTAL: *Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe*

CEPAL: *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*

CNPV: *Censo Nacional de Población y Vivienda*

CG: *Censo General*

CSEC: *Cuenta Satélite de Economía del Cuidado*

DANE: *Departamento Administrativo Nacional de Estadística*

DNP: *Departamento Nacional de Planeación*

ENUT: *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo*

GEIH: *Gran Encuesta Integrada de Hogares*

OIT: *Oficina /Organización Internacional del Trabajo*

OPS: *Organización Panamericana de la Salud*

ONU MUJERES: *Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres.*

SINACU: *Sistema Nacional de Cuidados*

TDCNR: *Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado*



1. Introducción

Las Conferencias Regionales sobre la Mujer de América Latina y el Caribe han sido fundamentales para llegar al momento actual en el que toda la región está enfocada en los asuntos de cuidados. Desde 1977 se viene hablando del cuidado de niños y niñas en el Plan de Acción de la Habana. En 1994, el Programa de Acción de Mar del Plata menciona la necesidad de recopilar información sobre el trabajo no remunerado. El Consenso de Santiago, celebrado en 1997, integra el tema de la corresponsabilidad del cuidado entre hombres y mujeres y el valor del tiempo requerido para el cuidado como nociones fundamentales; en el Consenso de México (2004) se involucra el reconocimiento económico del TDCNR y la necesidad de diseñar políticas públicas en las que se propenda por la conciliación entre la vida familiar y laboral (CEPAL, 2021).

En el mismo sentido, la contribución de las mujeres a la economía y la protección social, especialmente en relación con el trabajo no remunerado fue uno de los temas principales de análisis de la X Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe del año 2007. Como resultado del encuentro se firmó el *Consenso de Quito*, en el que se reconoce “el valor social y económico del trabajo doméstico no remunerado de las mujeres, del cuidado como un asunto público que compete a los Estados, gobiernos locales, organizaciones, empresas y familias, y la necesidad de promover la responsabilidad compartida de mujeres y hombres en el ámbito familiar (CEPAL, 2007; p.2).

En el Consenso de Quito se retoman los conceptos incluidas en las anteriores *Conferencias Regionales sobre la Mujer de América Latina y el Caribe* y deja el compromiso explícito de “adoptar las medidas necesarias, especialmente de carácter económico, social y cultural, para que los Estados asuman la reproducción social, el cuidado y el bienestar de la población como objetivo de la economía y responsabilidad pública indelegable” (p.6), una decisión trascendental que obliga a repensar la distribución de los cuidados que tradicionalmente han estado a cargo exclusivo de las familias y, dentro de estas, de las mujeres.

En el año 2010 se llevó a cabo en Brasilia la XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe en la que se ratifica el Consenso de Quito, se reconoce que persisten las barreras para el acceso pleno a los derechos de las mujeres y que:

El trabajo doméstico no remunerado constituye una carga desproporcionada para las mujeres y en la práctica es un subsidio invisible al sistema económico, que perpetúa su subordinación y explotación,



Dado que un efecto del proceso de transición demográfica que atraviesan los países de la región es el envejecimiento de la población, que sobrecarga a las mujeres con la tarea de cuidar a las personas mayores y a las personas enfermas...

Señalando que el derecho al cuidado es universal y requiere medidas sólidas para lograr su efectiva materialización y la corresponsabilidad por parte de toda la sociedad, el Estado y el sector privado (p.2).

Teniendo en cuenta que América Latina y el Caribe continúa siendo la región más desigual del mundo y que se agudizan las brechas de género, etnia y raza que registra; que es inaplazable cambiar las bases sociales, políticas, culturales y económicas que sostienen la división sexual del trabajo, y que la clave para lograrlo supone una nueva ecuación entre el Estado, la sociedad en su conjunto, el mercado y las familias, en la que el trabajo doméstico no remunerado y las tareas de cuidado se entiendan y traten como asuntos públicos, de responsabilidad compartida entre todas estas esferas (p.4).

Tras los anteriores considerandos, el Consenso de Brasilia (CEPAL, 2010) refuerza los acuerdos asumidos en el Consenso de Quito e incluye el compromiso de impulsar cambios en el marco jurídico de los países para reconocer el valor y aporte del trabajo no remunerado y de cuidado que realizan las mujeres, anotando que el cuidado es un derecho humano universal, por ende, un asunto público y que requiere garantías para su cumplimiento.

En 2013, el *Consenso de Santo Domingo* retoma la necesidad de redistribuir el cuidado entre el Estado, la sociedad, hombres y mujeres, la inclusión del TDCNR en las cuentas satélites y propone a los Estados:

Lograr la consolidación de sistemas públicos de protección y seguridad social con acceso y cobertura universal, integral y eficiente, mediante financiamiento solidario, unitario y participativo, basados en el principio de solidaridad y articulados con un amplio espectro de políticas públicas que garanticen el bienestar, la calidad de vida y un retiro digno, fortaleciendo el pleno ejercicio de la ciudadanía de las mujeres, incluidas las que han dedicado sus vidas tanto al trabajo reproductivo como productivo, remunerado como no remunerado, las trabajadoras domésticas, las mujeres rurales, las trabajadoras informales y por contrata, de manera especial, las mujeres a las que afectan directa o indirectamente la enfermedad, la discapacidad, el desempleo, el subempleo o la viudez, en todas las etapas del ciclo de vida de las mujeres (CEPAL, 2013; p.7).

El *Consenso de Santo Domingo* lleva a los Estados a repensar los sistemas de seguridad social de manera puedan garantizar el acceso a derechos como la salud y la pensión para las mujeres que han aportado a la sociedad desde el TDCNR.

En el mismo sentido, en la Estrategia de Montevideo (CEPAL, 2017) se establece la división sexual del trabajo y la injusta organización social del cuidado en la región como uno de los cuatro



nudos estructurales que se requiere enfrentar e introduce el concepto de cadenas globales de cuidados en relación con la transferencia de cuidados a hogares que contratan el servicio remunerado de mujeres, principalmente migrantes, quienes a su vez, encargan las necesidades de cuidado de su propio hogar a otras mujeres del sistema familiar en su lugar de origen.

En el año 2020, en relación con el cuidado, los Estados partes firman el Compromiso de Santiago y se comprometen a:

24. Implementar políticas contracíclicas sensibles a las desigualdades de género para mitigar los efectos de crisis y recesiones económicas en la vida de las mujeres, y promover marcos normativos y políticas que dinamicen la economía en sectores clave, incluido el de la economía del cuidado;

25. Contabilizar los efectos multiplicadores de impulsar la economía del cuidado en términos de participación laboral de las mujeres —incluidos los trabajos vinculados a los conocimientos tradicionales, el arte y la cultura de las mujeres indígenas, afrodescendientes, rurales y de las comunidades de base—, bienestar, redistribución, crecimiento de las economías, y el impacto macroeconómico de dicha economía del cuidado;

26. Diseñar sistemas integrales de cuidado desde una perspectiva de género, interseccionalidad e interculturalidad y de derechos humanos que promuevan la corresponsabilidad entre mujeres y hombres, Estado, mercado, familias y comunidad, e incluyan políticas articuladas sobre el tiempo, los recursos, las prestaciones y los servicios públicos universales y de calidad, para satisfacer las distintas necesidades de cuidado de la población, como parte de los sistemas de protección social (CEPAL, 2020; p.7).

A nivel nacional, Colombia ha dado algunos pasos hacia el cumplimiento de los acuerdos internacionales y regionales. En el año 2010 se expide la Ley 1413: *por medio de la cual se regula la inclusión de la Economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas*, en la que se define la economía del cuidado como aquella que “hace referencia al trabajo no remunerado que se realiza en el hogar, relacionado con mantenimiento de la vivienda, los cuidados a otras personas del hogar o la comunidad y el mantenimiento de la fuerza de trabajo remunerado” (artículo 2) y se establecen 9 actividades de medición del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado (TDCNR) en las que se incluye el cuidado directo a las poblaciones de niños, niñas, personas adultas mayores y con alguna enfermedad y el cuidado indirecto que permite el sostenimiento de la vida cotidiana de las familias y la comunidad, sin excluir otras actividades que podrán ser incluidas oportunamente.

En coherencia con esta Ley, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) asume la responsabilidad de la medición de la economía del cuidado para su inclusión en las cuentas nacionales y genera la Encuesta Nacional del Uso de Tiempo (ENUT), un instrumento que se aplica cada tres años y ofrece información sobre la distribución del tiempo de las mujeres



y los hombres colombianos mayores de 10 años en las categorías de trabajo remunerado, no remunerado y actividades personales, con sus respectivas brechas de género (*Tribín-Uribe, Mojica-Urueña, García-Gómez, Herrera-Idárraga y Ramírez-Bustamante, 2021*); a la fecha se cuenta con tres mediciones de la ENUT para los periodos 2012-2013, 2016-2017 y 2020-2021.

Los resultados de la ENUT para el periodo enero a abril 2021 indican que una mujer colombiana, en promedio, dedica 7:39 horas diarias a actividades relacionadas con el trabajo remunerado, 7:55 horas a actividades de trabajo no remunerado y 16:15 a actividades personales. Por su parte, los hombres dedican 9:02, 3:10 y 16:26 horas a las mismas actividades; se hace evidente que la brecha de género más amplia se encuentra en el tiempo que las mujeres dedican al trabajo no remunerado que es equivalente a una jornada de trabajo a tiempo completo en el mercado laboral, mientras los hombres dedican cerca de la tercera parte. Las grandes diferencias se encuentran en las actividades de suministro de alimentos, mantenimiento de vestuario, el cuidado físico a personas del hogar, las actividades de voluntariado y el cuidado pasivo, es decir, estar pendiente y supervisando a otras personas. Los hombres, por su parte, dedican más tiempo que las mujeres a las actividades sociales, culturales y al uso de medios de comunicación (DANE, 2021).

Por otra parte, en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, *Todos por un nuevo país*, se estableció la meta de desarrollar una Agenda Nacional sobre Economía del Cuidado y sentar las bases del Sistema Nacional de Cuidado en articulación con la institucionalidad, el sector privado, la academia y las organizaciones sociales. Actualmente se encuentran disponibles dos documentos de la Subdirección de Género de la Dirección de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación (DNP). En el primero se hace una revisión de literatura, hechos estilizados y políticas de cuidado y en el segundo se presenta una propuesta de política pública nacional y sectorial sobre cuidado.

De igual forma, el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 *Pacto por Colombia. Pacto por la Equidad*, incluye “El cuidado, una apuesta de articulación y corresponsabilidad” dentro del *Pacto de Equidad para las Mujeres* y se establecen dos objetivos para abordar esta problemática social:

Desarrollar una política pública de cuidado que contemple la articulación y coordinación de sistemas e instancias interinstitucionales que atiendan poblaciones sujetas de cuidado y de las personas cuidadoras (p. 1153).

Generar lineamientos de articulación de la oferta de programas disponible a nivel territorial con enfoque de género para las mujeres para reducir las cargas de cuidado de las mujeres (p. 1155)

Con respecto a este último objetivo, para el año 2021 el DNP se ha propuesto iniciar con el pilotaje de articulación de programas de cuidado disponibles a nivel territorial en Pasto, una selección acorde con el municipio que busca convertirse en una ciudad cuidadora y que en el Plan de Desarrollo Municipal *Pasto la Gran Capital 2018-2022* en el programa 4: *Pasto, un municipio incluyente con la mujer*, se propone avanzar en la igualdad, la equidad de género y goce efectivo de derechos de las mujeres del Municipio y apuesta por la formación y el empoderamiento de la población con enfoque de género en temas como la economía del

cuidado, nuevas masculinidades y masculinidades no violentas y corresponsables con las labores del hogar.

De igual forma, la Administración Municipal se ha comprometido a continuar con la implementación y seguimiento de la *Política Pública para las Mujeres y la Equidad de Género del Municipio: Mujeres del Sur: Rompiendo el Silencio*, que prioriza en todas las acciones planteadas a las mujeres cuidadoras y establecen objetivos estratégicos específicos como: a). contribuir al equilibrio de la vida cotidiana de las mujeres dada su corresponsabilidad con los hombres, en la conservación de la vida y la familia, el accionar comunitario y político y el desempeño laboral; b). lograr el reconocimiento de la economía del cuidado como aporte trascendental en la vida productiva de las comunidades y c). sensibilizar a las instituciones públicas sobre las condiciones de igualdad y equidad para mujeres y hombres, así como en la necesidad de armonizar la vida familiar con la vida laboral a través de políticas institucionales sensibles al género, entre otros.

Con el fin de aportar al reconocimiento de las necesidades y las condiciones que existen actualmente en el Municipio frente a los asuntos del cuidado, el Observatorio de Género de Nariño (O.G.Nariño) pone a disposición del público interesado el presente diagnóstico de la demanda y la oferta de servicios de cuidado en Pasto. En el primer apartado se propone una aproximación inicial al concepto de cuidado, sabiendo que no es un debate terminado y que la construcción pública y colectiva de este concepto es el punto de partida para cualquier territorio con intención de incorporar un sistema o política de cuidado (Durán, 2007).

En el segundo capítulo se presenta el análisis de la demanda de cuidados en Pasto a través de las cifras demográficas que reflejan la actualidad de las poblaciones que mayormente demandan cuidados, pero también lo que se puede esperar en un futuro próximo. En el tercer capítulo se hace un recorrido por la información recolectada sobre la infraestructura social para el cuidado, la oferta institucional, del mercado o del sector privado y de la comunidad, siendo esta última la de más difícil aproximación ya que se trata de iniciativas de colectivos y agrupaciones sociales que están dispersas a lo largo del territorio y no se encuentra registradas en los sistemas oficiales de información.

Finalmente, se ofrecen las conclusiones que surgen del ejercicio de análisis con el fin de ofrecer un insumo inicial para que la Administración Municipal pueda repensar la organización social del cuidado en Pasto, un asunto que no da espera, pues mientras crecen las necesidades de cuidado, disminuye progresivamente la población cuidadora no remunerada que ha sido sobrecargada por una estructura social que está en mora de reconocer el aporte fundamental que las personas que cuidan de otras/os y de sí mismas hacen al sostenimiento de la vida individual y comunitaria.



2. El concepto de cuidado

Los asuntos del cuidado son cotidianos en la realidad de las familias, pero solo hasta hace dos décadas han empezado a tomar una relevancia especial como categoría de análisis, problemática social y, por ende, política social en los países latinoamericanos (Esquivel, 2013; Faur, 2014; Batthyány, 2020) debido a que los cambios demográficos, sociales, económicos y culturales han traído nuevas necesidades de cuidado que ya no pueden ser satisfechas con los arreglos tradicionales basados en la división sexual del trabajo (Esquivel, 2013; Faur, 2014; Batthyány, 2015; 2020; OPS, 2020; OIT, 2021).

Dentro de los principales cambios que han movido la dinámica del cuidado se encuentran: 1). La incorporación de las mujeres a las diferentes esferas de la vida pública, lo que pone un límite a su tiempo disponible para el cuidado dentro del hogar, que antes era ilimitado; 2). El reconocimiento de los derechos de las mujeres que obliga a repensar las relaciones inequitativas que se han avalado dentro de las familias y a nivel social; 3). El aumento de la expectativa de vida en la región que ha incrementado el porcentaje de población adulta mayor y en condición de discapacidad, por lo cual surgen nuevas necesidades de cuidado, especialmente de larga duración; 4). La transformación de los hogares que en ciudades como Pasto se evidencia en el incremento de estructuras unipersonales, sin hijos e hijas y la disminución de hogares compuestos y extensos (Faur, 2014; Batthyány, 2020; OPS, 2020). Con los cambios mencionados y la disponibilidad cada vez más reducida de cuidadoras familiares, no remuneradas e invisibles, el futuro de las poblaciones que suelen ser las mayores consumidoras de cuidados directos (niños, niñas, personas adultas mayores y en condición de discapacidad) parece incierto, especialmente para quienes no cuentan con los recursos para acceder a servicios de cuidado remunerado, por esto, si bien tradicionalmente cualquier tipo de cuidado era considerado un asunto privado actualmente se considera un asunto económico y social, por ende, público:

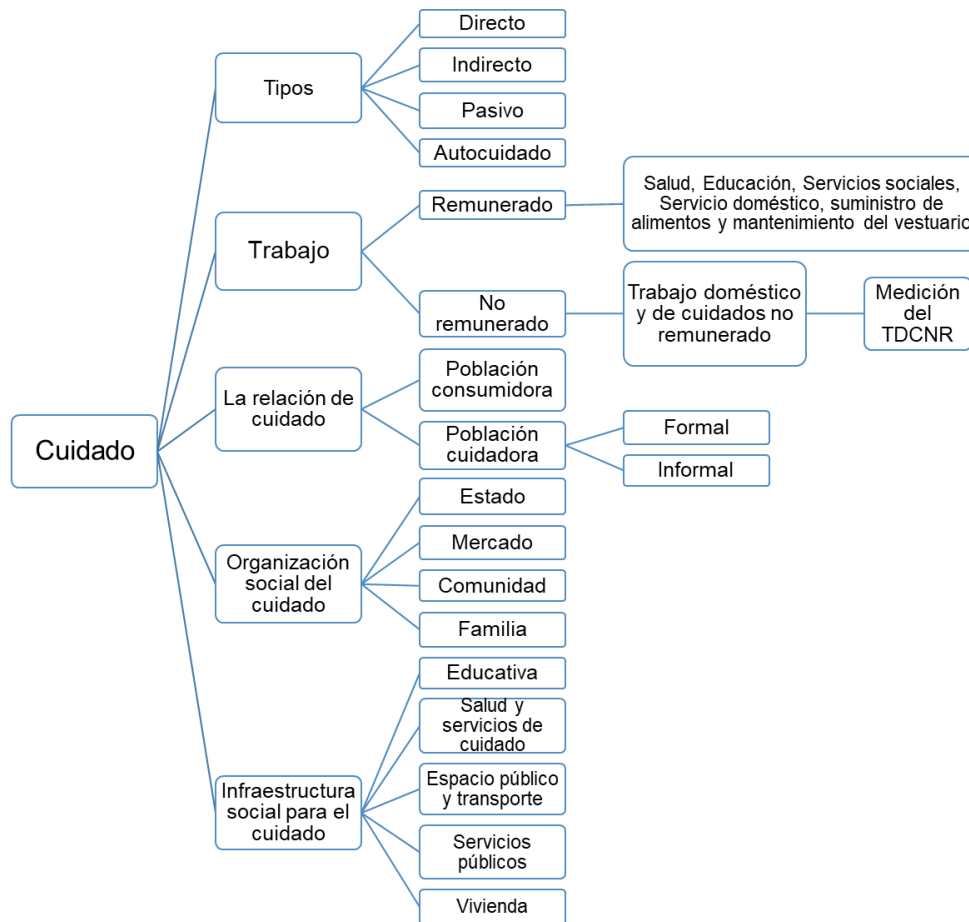
El cuidado como un concepto que está fuertemente entrelazado con lo "económico" –la forma en que las economías se benefician del trabajo que no es reconocido ni remunerado–; lo "social" –las relaciones de clase y género que definen la interacción social–; y lo "público" –las políticas que dan forma directa o indirectamente al suministro de cuidado–. (Esquivel, 2014; p.11).

La provisión de servicios de cuidado remunerados y no remunerados genera riqueza y valor agregado para la economía colombiana. De acuerdo con estimaciones del DANE en la Cuenta Satélite de Economía del Cuidado (DANE, 2018b), en 2017 el trabajo no remunerado representó el 20,5 % del producto

interno bruto (PIB) colombiano. La participación del empleo en las ramas de actividad del cuidado equivale al 13,3 % en el total de los ocupados (OIT, 2018). Esta situación muestra la importancia de ubicar al cuidado como un tema principal en la agenda pública y proponer acciones que contribuyan a su organización y regulación en Colombia (Plan Nacional de Desarrollo; p. 1152).

El campo de análisis del cuidado se encuentra en construcción permanente y aún no se cuenta con una definición unánime; sin embargo, en este apartado se intentará delimitar un referente conceptual básico que sea viable para abordarlo desde las políticas públicas y que oriente el ejercicio diagnóstico sobre la oferta y la demanda de servicios de cuidado en Pasto.

Gráfica 1. Mapa conceptual sobre el concepto de cuidado.



Fuente: elaboración propia.

Cuidado



El cuidado es un concepto universal. En todas las sociedades hay alguien que requiere cuidado y alguien que lo provee; “los cuidados atraviesan, por tanto, la vida de todas las personas. Y todas las personas, en todos los momentos de vida, requieren de cuidados (ONU Mujeres y CEPAL, 2021). Sin embargo, la definición de qué se entiende por cuidado va a estar determinada por las características socioeconómicas, políticas y filosóficas del contexto en el que se quiera analizar.

En la visión más amplia, se ha propuesto que el cuidado es una dimensión humana que incluye:

Las actividades que realizamos para mantener, continuar y preparar nuestro 'mundo', de manera que podamos vivir en él lo mejor posible, no solamente incluyendo el cuidado de las personas (nosotros mismos, dependientes y no dependientes), sino también el cuidado de los objetos y nuestro entorno (Tronto, 2012 en Esquivel, 2013; p. 5).

Actualmente, en Colombia, el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia. Pacto por la Equidad define cuidado como:

Una dimensión central del bienestar y el desarrollo humano (Esquivel, Faur & Jelin, 2012) y constituye el conjunto de acciones que toda sociedad realiza para procurar la supervivencia orgánica, así como la autonomía, el desarrollo integral, el bienestar cotidiano y la inclusión social de todas las personas, en entornos configurados por condiciones humanas, sociales y materiales que propicien la garantía de derechos (p. 1151).

Estos dos conceptos amplios se relacionan al asumir que el cuidado es consubstancial a la vida, al bienestar y que es lo que permite mantenerlos. Sin embargo, si se busca la transformación social es necesario elaborar una concepción más reducida que abra un rango de acción posible para los Estados. En esta búsqueda, se han identificado cuatro perspectivas generales para el abordaje y la definición del cuidado en América Latina (Batthyány, 2020):

- 1. Desde la economía feminista se plantea la **economía del cuidado**, en referencia a las actividades reproductivas que ocurren dentro del hogar, que son ejecutadas mayoritariamente por las mujeres y que deben ser reconocidas como un trabajo no remunerado que aporta a la economía de los países y que permite el sostenimiento de la fuerza de trabajo en el mercado laboral.*
- 2. Desde una perspectiva sociológica, “la mirada del cuidado como **componente del bienestar** centra su foco en entender el lugar del cuidado en los regímenes de bienestar” (Batthyány, 2020; p.20), que son modelos conceptuales que se reflejan en las prácticas de distribución de recursos de una sociedad en determinado momento (Razavi, 2007; Martínez, 2008); en América Latina se ha trabajado la **organización social del cuidado***



como concepto análogo, pues en la región no existen regímenes de cuidado consolidados (Batthyány, 2020). Se propone que entre mayor sea la aceptación de un vínculo natural entre la familia, las mujeres y el cuidado en una sociedad es mayor la resistencia a que el Estado garantice y asigne recursos para el cuidado.

3. Desde el enfoque de derechos se plantea que el cuidado es un **derecho humano universal** y, por lo tanto, implica que su satisfacción no puede estar supeditada a las condiciones económicas, afectivas o de tiempo de las familias. También involucra la posibilidad de elegir si se desea o no brindar dicho cuidado no remunerado en el contexto familiar y el “derecho a condiciones laborales dignas en el sector de cuidados, valorizando social y económicamente la tarea como un componente necesario del bienestar social (Pautassi en Batthyány, 2020; p.23).
4. Desde la psicología y la antropología social se propone la **ética del cuidado** que surge como respuesta a las teorías hegemónicas de desarrollo moral que abordan los derechos y las reglas como único centro de la moral humana. Esta perspectiva plantea la existencia de una moral alternativa que se construye en torno a la responsabilidad y las relaciones. Así, se propone el estudio de la moral del cuidado, que históricamente ha estado ligada a la moral femenina, en referencia:

Al sentido normativo que encierra la responsabilidad de cuidar de otras personas, de uno mismo, del mundo. La moral sería el conjunto de normas que regulan las relaciones entre los individuos en sus aspectos más básicos, es decir, aquellas ideas, valores, pautas, reglas, por las cuales las personas actuamos o creemos que debemos actuar” (Martín, 2020; p. 254).

De esta manera, si bien se reconocen diferentes miradas sobre el cuidado y reconociendo que no es un debate terminado, en el presente documento se abordará el cuidado como:

Un término polisémico que engloba un conjunto de actividades, bienes y relaciones destinados a proveer “bienestar” a cada persona en su vida cotidiana a lo largo del curso de vida. El cuidado incluye desde tareas cotidianas esenciales como alimentación, higiene y acompañamiento, afecto, subjetividades y enseñanzas, de acuerdo con la etapa vital de quien recibe cuidados y de quien los provee. Además, durante todo el curso de vida se agrega el autocuidado que cada persona dedica a sí misma (OPS, 2020; p.1).

Así, las actividades del cuidado incluyen: el cuidado directo a otras personas, el cuidado indirecto, la planificación, gestión y supervisión del cuidado y el autocuidado (Batthyány, 2020).

Cuidado directo, indirecto y pasivo



Las acciones de cuidado pueden clasificarse según el tipo de interacción que se requiere entre las personas proveedoras y receptoras de cuidado, la exclusividad y el tiempo que demandan.

*Se denominará **cuidado directo** a la realización de actividades que requieren una interacción cara a cara entre la persona cuidadora y quien recibe el cuidado, es decir, ocurren dentro de una relación de cuidado (Esquivel, 2013), que exige una dedicación exclusiva de tiempo, generalmente en un horario que se repite en la cotidianidad (DANE y ONU Mujeres, 2020), de manera que quien cuida tiene un compromiso permanente en un tiempo que deja de ser autónomo para ella.*

Este tipo de cuidado implica apoyo en la realización “Actividades Básicas de la Vida Cotidiana (ABVC) como comer, vestirse, bañarse, levantarse de la cama y acostarse, ir al baño, y contener las necesidades fisiológicas” (OPS, 2020; p.6), estas son “actividades de cuidado directo, personal y relacional” (OIT, 2018; p.1) que fortalecen la dimensión física, cognitiva y/o emocional de quienes lo reciben (Esquivel, 2013).

Los cuidados directos, a diferencia de otras tareas de cuidado que se realizan sin remuneración, se caracterizan por el vínculo personal y emocional que se establece entre quienes reciben y quienes proveen los cuidados. Estos vínculos emocionales pueden generar retribuciones y bienestar para las personas cuidadoras –por ejemplo, la satisfacción del cuidado de los hijos [sic] y otros seres queridos–. A la vez, estos vínculos emocionales hacen que las relaciones de confianza y reciprocidad sean un aspecto relevante cuando se toman decisiones sobre delegar o “tercerizar” los cuidados en personas cuidadoras, mediante la utilización de servicios remunerados o a otros miembros de la familia (ONU Mujeres y DANE, 2020; p. 11).

De esta manera, si bien el cuidado directo puede generar una sobrecarga física, cognitiva y emocional para la persona cuidadora, incluso mayor que en otro tipo de cuidados, se requiere una oferta de servicios pública y privada de calidad y subsidiada para los sectores con mayor dificultad económica para que realmente disminuya la demanda de tiempo de cuidado dentro del hogar y se amplíen las posibilidades de participación en otras esferas vitales para las personas cuidadoras, en su mayoría mujeres (ONU Mujeres y DANE, 2020).

*El **cuidado indirecto** consiste en la ayuda en la realización de las “Actividades Instrumentales de la Vida Cotidiana” (AIVC) “que permiten a una persona vivir independientemente, como preparar sus propias comidas, limpiar, lavar la ropa, tomar la medicación, caminar o tomar transporte hacia el centro médico, hacer compras, usar elementos tecnológicos y de comunicación (OPS, 2020; p.6); abarcan aquellas actividades que no requieren una interacción directa entre quien los provee y quien recibe el cuidado (DANE y ONU Mujeres, 2020). En el presente análisis, el **trabajo doméstico** se considera una forma de cuidado indirecto (Esquivel, 2013).*

*Los **cuidados pasivos** son aquellos que requieren estar disponible para la persona que recibe el cuidado, pero permiten a la persona cuidadora llevar a cabo otro tipo de actividades paralelas*



(DANE y ONU Mujeres, 2020). En esta categoría se incluiría la planificación, gestión y supervisión del cuidado.

El **autocuidado** “es lo que las personas hacen por sí mismas para establecer y mantener la salud, y para prevenir y tratar enfermedades” (p.37). El tiempo de autocuidado es aquel dedicado por la persona a actividades relacionadas con la higiene, la alimentación saludable, la actividad física, la alfabetización en salud, la evitación o mitigación de riesgos y el uso responsable de productos, servicios diagnósticos y medicamentos. El autocuidado le permite a la persona tener una vida independiente (Dirección de Desarrollo Social. Subdirección de Género, s.f.b).

Trabajo de cuidado remunerado y no remunerado

El trabajo de cuidado es la realización de actividades de **cuidado directo e indirecto**, que puede hacerse de manera remunerada o no remunerada. El **trabajo de cuidado remunerado** es un empleo que hace parte de diversas actividades económicas:

La fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados comprende asimismo a las trabajadoras y trabajadores del cuidado que trabajan en los sectores del cuidado (la educación, la salud y trabajo social) así como aquellos que trabajan en otros sectores, a las trabajadoras y trabajadores domésticos, y a quienes, sin prestar cuidados, trabajan en los sectores del cuidado brindando apoyo a la prestación de estos servicios (OIT, 2018; p. xxxvii).

También se lo denomina **cuidado formal**, pues existe una relación laboral explícita que puede darse dentro del hogar de la persona que recibe el cuidado o en una institución de servicios de salud (OPS, 2020).

El **trabajo de cuidado no remunerado** no conlleva ningún beneficio económico para la persona que lo ejecuta y generalmente se desarrolla en el marco de los lazos familiares, es decir, existe una relación personal previa entre las personas que dan y reciben el cuidado (OIT, 2018; OPS, 2020). Este tipo de cuidado también puede ser provisto por personas voluntarias, por lo general como integrantes de organizaciones civiles o religiosas (OPS, 2020), amistades o integrantes de la comunidad.

La suma de las actividades de cuidado directo, indirecto y pasivo que se llevan a cabo sin contraprestación económica dentro del propio hogar, como apoyo voluntario a otros hogares o hacia la comunidad se ha denominado **Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (TDCNR)**.

La relación de cuidado



Desde una perspectiva amplia, siguiendo la definición de Tronto (2012 en Esquivel, 2016), el cuidado implica la participación de, al menos, dos agentes: una persona que cuida y alguien o algo que recibe el cuidado. En las relaciones humanas, la carga de cuidado ha estado tradicionalmente asignada al rol de género de las mujeres, quienes durante siglos asumieron exclusivamente el funcionamiento de la esfera privada de la vida, el hogar, mientras a los hombres se les atribuyó el espacio de lo público. Esta forma de distribución de espacios, encargos sociales y comportamientos se ha denominado división sexual del trabajo y es el origen de la feminización del campo del cuidado.

¿A quién se cuida?

Se entiende que el cuidado es connatural a la vida humana y todas las personas requieren algún tipo de cuidado, pero existen ciertas condiciones como la edad y la condición física, cognitiva o social que incrementan la frecuencia e intensidad del apoyo que una persona requiere para llevar a cabo las ABVC o las AIBC. Se estima que hay mayor demanda de cuidado directo en las poblaciones menores y adultas mayores, y que esta se incrementa cuando se trata de personas con discapacidad (DANE y ONU Mujeres, 2020; Tribín-Uribe y cols., 2021).

Al respecto, se entenderá que la población de niñas y niños en la primera infancia (menores de 5 años) es dependiente, es decir, que carece de autonomía para realizar estas funciones por sí misma, mientras que para las poblaciones de 6 a 12 años, las personas adultas mayores (65 años en adelante) y en condición de discapacidad se hablará de interdependencia en la medida en que no necesariamente hay una privación total de autonomía (Esquivel, 2013), sino que la demanda de cuidados variará conforme las condiciones particulares de cada caso.

Estas poblaciones pueden requerir **cuidados temporales**, cuando se está en la primera infancia y la infancia o cuando se atraviesa por un proceso de enfermedad o discapacidad no permanente, o pueden requerir **cuidados de larga duración o a largo plazo**, cuando las personas “han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla [para que] puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana” (OMS, 2015; p. 135).

Por otra parte, se entiende que en el periodo de adolescencia se requiere cuidados indirectos y pasivos, pero disminuye la carga de cuidados directos, y que en la juventud y la adultez hasta los 64 años también se requieren cuidados indirectos, pero se propende por el **autocuidado** y, en condiciones favorables, se hace parte de la población que ofrece cuidados, por lo cual el rango de 15 a 64 años¹ no se incluirá dentro de la población considerada consumidora de cuidado o de alta demanda de cuidados.

¿Quién cuida?

¹ El límite de las poblaciones dependientes varía según el enfoque. Para el cálculo del índice de dependencia demográfica se toma la población menor de 14 años y mayor de 65 años en relación con la población de 15 a 64 años (Duran, 2012), mientras que la medición de TDCnR de la ENUT toma la población de 0 a 12 y de 60 años en adelante. La GEIH no especifica los rangos etarios de la población que tienen en cuenta para la medición de TDCnR.



La persona que ejerce las actividades de cuidado se denomina cuidadora. En el mundo, las principales cuidadoras remuneradas y no remuneradas son las mujeres. El aporte de la población de hombres al trabajo de cuidados viene incrementando desde algunas décadas atrás, sin embargo, las estimaciones realizadas a partir de las mediciones internacionales indican que entre 1997 y 2012 la brecha de género en el TDCNR disminuyó 7 minutos y que aún se requieren 210 años para lograr la participación igualitaria en este campo (OIT, 2018):

A escala mundial, sin excepción, las mujeres realizan las tres cuartas partes del trabajo de cuidados no remunerado, a saber, el 76,2 por ciento del total de horas dedicadas al mismo. Ningún país del mundo registra una prestación de cuidados no remunerada igualitaria entre hombres y mujeres. Las mujeres dedican en promedio 3,2 veces más tiempo que los hombres a la prestación de cuidados no remunerada, a saber, 4 horas y 25 minutos al día frente a 1 hora y 23 minutos en el caso de los hombres. A lo largo de un año, esto representa un total de 201 días de trabajo (sobre una base de ocho horas diarias) para las mujeres en comparación con 63 días de trabajo para los hombres. En todas las regiones, las mujeres dedican más tiempo al trabajo de cuidados no remunerado que sus homólogos masculinos, desde 1,7 veces más en las Américas hasta 4,7 veces más en los Estados árabes. En todo el mundo, la prestación de cuidados no remunerada es más intensiva para las niñas y las mujeres que viven en países de ingresos medios, las mujeres casadas y adultas, con un nivel educativo más bajo, residentes en zonas rurales y con niños que no han alcanzado la edad de escolarización (OIT, 2018; p. 4).

La mayoría de los trabajadores [sic] del cuidado remunerados son mujeres, con frecuencia migrantes, y cuando trabajan en la economía informal lo hacen en condiciones precarias y a cambio de un salario muy bajo (OIT, 2018; p.1).

*Es importante resaltar que aunque asumir un rol de cuidado puede tener un componente afectivo y vocacional importante para quien cuida “cuando se realiza en exceso y cuando conlleva un alto grado de penosidad obstaculiza las oportunidades económicas y el bienestar de las cuidadoras y cuidadores no remunerados, y menoscaba su goce general de los derechos humanos” (OIT, 2018; p.1); se ha identificado que el rol de cuidado puede estar asociado con mayores niveles de estrés, pobreza monetaria y de tiempo (ONU Mujeres y DANE, 2020). Asumir la carga de cuidados no remunerados del hogar ha sido el principal obstáculo de las mujeres para acceder a la educación y al trabajo remunerado (ONU Mujeres y DANE, 2020); sin embargo, su incursión paulatina en el mercado laboral, la disminución en las tasas de fecundidad como consecuencia del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, los cambios en la composición de las familias, el incremento de divorcios, de hogares monoparentales, de la población adulta mayor y con discapacidad han llevado a una **crisis del cuidado** en la que existe una baja disponibilidad de cuidadoras(es) no remuneradas (OPS, 2020) para cubrir la demanda de TDCNR en los hogares.*

Para la resolución de esta crisis del cuidado ha sido necesario que los Estados y las sociedades busquen una organización social que se aparte de la tradicional división sexual del trabajo, pues esta es cada vez menos sostenible, y así sea posible satisfacer las necesidades de cuidado de la población que más lo requieren.

Medición del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado

El cuidado constituye un conjunto de acciones que cobran sentido en la relación de cuidado, por lo cual se ha polemizado respecto a su valoración y medición cuantitativa:

Presenta, no obstante, claras limitaciones a la hora de analizar la preocupación por el otro, los afectos, la disponibilidad, la anticipación, la responsabilidad, el sentido incorporado en los actos. Las actividades están cargadas del sentido que los agentes dan a sus actos; de hecho, el tiempo que se les dedica es mucho más complejo que la simple duración, en gran medida porque somos seres corporales (Ramos, 2006). (Martín, 2020; p.248).

Sin embargo, aunque los números se quedan cortos son necesarios para hacer visible las situaciones de desigualdad que se entretajan en este campo a partir de dos recursos cuantificables que se invierten en la dimensión material del cuidado: el tiempo y el dinero (Martín, 2020).

En Colombia, el TDCNR es medido a través de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) y la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), las dos herramientas aportan evidencia estadística sobre el TDCNR en Colombia y aunque la ENUT brinda información más detallada al respecto, la GEIH permite mayor seguimiento a lo largo del tiempo por su temporalidad (Tribín-Uribe y cols, 2021) y ofrece una desagregación departamental y para el municipio de Pasto, por lo cual se trabajará como fuente principal del presente diagnóstico. En la tabla 1 se presenta la correspondencia de las variables de la ENUT y la GEIH que permiten la estimación cuantitativa del TDCNR en Colombia.

Tabla 1. Correspondencia de las variables de trabajo remunerado y no remunerado medidas con la ENUT y la GEIH.

Tiempo	Actividad	Funcionalidades	
		ENUT	GEIH
Trabajo no remunerado	Cuidado directo	Cuidados y apoyo de personas <i>Jugar (menores de 5 años)</i> <i>Contar o leer cuentos (menores de 5 años)</i> <i>Llevar al parque (menores de 5 años)</i> <i>Ayudar con tareas o trabajos escolares (12 años o menos)</i> <i>Suministró medicamentos, realizó terapias, rehabilitaciones o dio tratamiento a enfermedades (12 años o menos)</i> <i>Alimentó o le(s) ayudó a hacerlo (12 años o menos)</i> <i>Acompañó a citas médicas, odontológicas, urgencias, terapias, exámenes u otras atenciones en salud (12 años o menos)</i>	Cuidar o atender niños [sic]



	<p><i>Cuidar a personas de 12 años o menos de otros hogares</i> <i>Cuidar a personas de 60 años o más que no estén enfermas o en condición de discapacidad.</i> <i>Cuidar a personas en condición de discapacidad.</i> <i>Alimentó o le(s) ayudó a hacerlo (60 años o más y personas con discapacidad)</i> <i>Bañó, vistió o le(s) ayudó a hacerlo (60 años o más y personas con discapacidad)</i> <i>Suministró medicamentos, realizó terapias, rehabilitaciones o dio tratamiento a enfermedades (60 años o más y personas con discapacidad)</i> <i>Acompañó a citas médicas, odontológicas, urgencias, terapias, exámenes u otras atenciones en salud (60 años o más y personas con discapacidad)</i></p>	<p>Cuidar a personas ancianas y/o discapacitadas</p>
<p>Cuidado indirecto (labores domésticas)</p>	<p><i>Preparar alimentos</i> <i>Lavar platos</i> <i>Llevar alimentos</i> <i>Lavar, planchar</i> <i>Reparar ropa</i> <i>Llevar o recoger ropa</i> <i>Limpiar la vivienda</i> <i>Cuidar el jardín</i> <i>Cuidar mascotas</i> <i>Limpiar vehículos</i></p>	<p>Realiza oficios en su hogar</p>
	<p><i>Oficios otros hogares</i></p>	<p>Oficios en otros hogares</p>
<p>Otros</p>	<p><i>Voluntariado</i></p>	<p>Trabajos comunitarios o voluntariados</p>
	<p><i>Otros voluntariados</i></p>	<p>Otros voluntariados</p>

Fuente: tomado de *¿En qué se parecen y en qué se diferencian las estadísticas obtenidas a partir de la GEIH y la ENUT?. Un análisis comparativo y descriptivo acerca del mercado laboral y el trabajo no remunerado. Tribín-Uribe, Mojica-Urueña, García-Gómez, Herrera-Idárraga y Ramírez-Bustamante (2021).*

Organización social del cuidado

La organización social del cuidado hace referencia a “la manera en que se interrelacionan de forma cambiante las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias para producir cuidado (Batthyány, 2020; p.22). Esta configuración “surge del cruce entre las instituciones que regulan y proveen servicios de cuidado y los modos en que los hogares de distintos niveles socioeconómicos y sus miembros acceden, o no, a ellos” (Faur, 2014; p.26).

Tradicionalmente, el modelo latinoamericano de organización ha centrado la carga de cuidados sobre las familias y, dentro de ellas, sobre las mujeres, asignándoles un rol natural de cuidadoras no remuneradas (Faur, 2016). El desequilibrio entre la demanda de cuidados y la oferta de TDCNR ha traído como respuesta de los hogares “la externalización de los cuidados (sea en el mercado sea en instituciones públicas)” (Comas D’Argemir, 2014; p. 379) y ha impulsado la inclusión de otros agentes que pasan a tener responsabilidad en la provisión y costos del cuidado:



Estado/instituciones públicas, el mercado y la comunidad (Faur, 2016; Batthyány, 2015, 2020; OPS, 2020). Actualmente:

El esquema más difundido plantea un “diamante de cuidado” cuyos cuatro puntos son ocupados por: 1] el Estado en sus varios niveles entre nacional y local; 2] los hogares o familias, incluso familias extendidas; 3] el sector privado, productores de equipos e insumos para el cuidado además de organizaciones comerciales como administradores privados de cárceles o promotores de cunas infantiles con fines de lucro y 4] los grupos cívicos, filantrópicos y comunitarios (Anderson, 2020; p. 69).

El diamante del cuidado ofrece una estructura sobre los agentes que intervienen en el campo del cuidado, pero su dinámica no es universal sino que responde a las políticas sociales de los Estados y, aun así, no se materializa de la misma manera para todas las personas pues existe una intersección de factores como el género, la clase socioeconómica, el nivel educativo, el acceso al mercado de trabajo, entre otros (Faur, 2014; Batthyány, 2020), que van a mediar la relación entre los diferentes agentes del sistema. Un ejemplo común en el caso de Colombia es el acceso diferencial a la oferta pública y privada de cuidado a la primera infancia dependiendo de la condición socioeconómica de los hogares; entonces, así exista una regulación estatal general, los niños y niñas que asisten a instituciones privadas tienden a recibir cuidados de mejor calidad y se convierten en eslabones más competentes dentro de los sistemas sociales, en una espiral cíclica de reproducción de las brechas sociales preexistentes; por esto se ha planteado que no se puede hablar de un diamante del cuidado estático sino de diversas configuraciones del diamante que coexisten en una misma sociedad (Faur, 2014; Batthyány, 2020) y que se requiere un enfoque de género e interseccional para la planificación de políticas públicas y sistemas de cuidado en las naciones:

El papel del Estado es central, al establecer la arquitectura institucional en relación con la protección de los derechos y la asignación de responsabilidades de la ciudadanía. En materia de cuidado, puede actuar –o no– como un gran nivelador de oportunidades –entre hombres y mujeres, y entre clases sociales–. Mediante los mecanismos que les son propios, tales como la oferta de servicios, la regulación de los mercados de trabajo (y de los tiempos de dedicación al empleo y al cuidado) y las transferencias de ingresos, las políticas disponen las responsabilidades y los derechos de los ciudadanos [sic] y, al mismo tiempo, establecen la estructura de distribución de tales recursos (Faur, 2014; p. 41).

Para cerrar este apartado conceptual, a modo de resumen se puede decir que el cuidado:

- *Es una necesidad universal, las actividades de cuidado ocurren en todas las sociedades humanas.*
- *Permite el sostenimiento de la vida, sin el cuidado no hubiera sido posible la perpetuación y el mantenimiento de la especie.*



- Tiene un carácter interdependiente. Todas las personas pueden llegar a dar o recibir cuidados.
- Se da en el marco de una sociedad del cuidado. Implica un vínculo entre quien cuida y quien requiere el cuidado.
- Si bien la demanda es permanente, las necesidades van cambiando de acuerdo con las etapas del ciclo vital. Hay poblaciones que requieren mayor cuidado directo (primera infancia, personas con discapacidad de alta limitación) indirecto o pasivo (niñez, adolescencia, adultez mayor).
- Tradicionalmente ha sido una función ligada a lo femenino y al hogar como esfera privada de la vida debido a la división sexual del trabajo.
- La provisión de cuidado ha estado a cargo de las familias y dentro de ellas, de las mujeres.
- Las actividades de cuidado constituyen un trabajo caracterizado por su alta demanda física, emocional, de tiempo, recursos e infraestructura.
- La sobrecarga de TDCNR puede traer consecuencias negativas para la salud de la persona cuidadora y menoscabar su participación en otras esferas de la vida.
- La sostenibilidad del cuidado en las sociedades requiere la redistribución de las actividades del cuidado en una nueva organización social en la que el Estado, el mercado, la comunidad y las familias asuman un nuevo rol corresponsable.
- El cuidado es un derecho universal que implica la posibilidad de recibir cuidado cuando se requiere pero también la posibilidad de elegir ser o no una persona cuidadora.
- Es necesaria una oferta pública y privada de servicios de cuidado de calidad que permita disminuir el tiempo de cuidado que se provee por parte de las/os cuidadoras/es no remuneradas/os y así facilitar su acceso a la educación, el trabajo y demás derechos, a la vez que se garantiza la satisfacción de las necesidades de las poblaciones receptoras de cuidado de la mejor manera.

3. La demanda de cuidados en el municipio de Pasto

Pasto es un municipio con una población de 392.589² habitantes, el 52,8% son mujeres y el 47,2% hombres; el 77,8% de las personas habitan en la cabecera municipal organizada en 12 comunas y el 22,2% en el resto rural, conformado por 17 corregimientos: Buesaquillo, Cabrera, Catambuco, El Encano, El Socorro, Genoy, Gualmatán, Jamondino, Jongovito, La Caldera, La Laguna, Mapachico, Mocondino, Morasurco, Obonuco, San Fernando y Santa Bárbara.

Población consumidora de cuidados

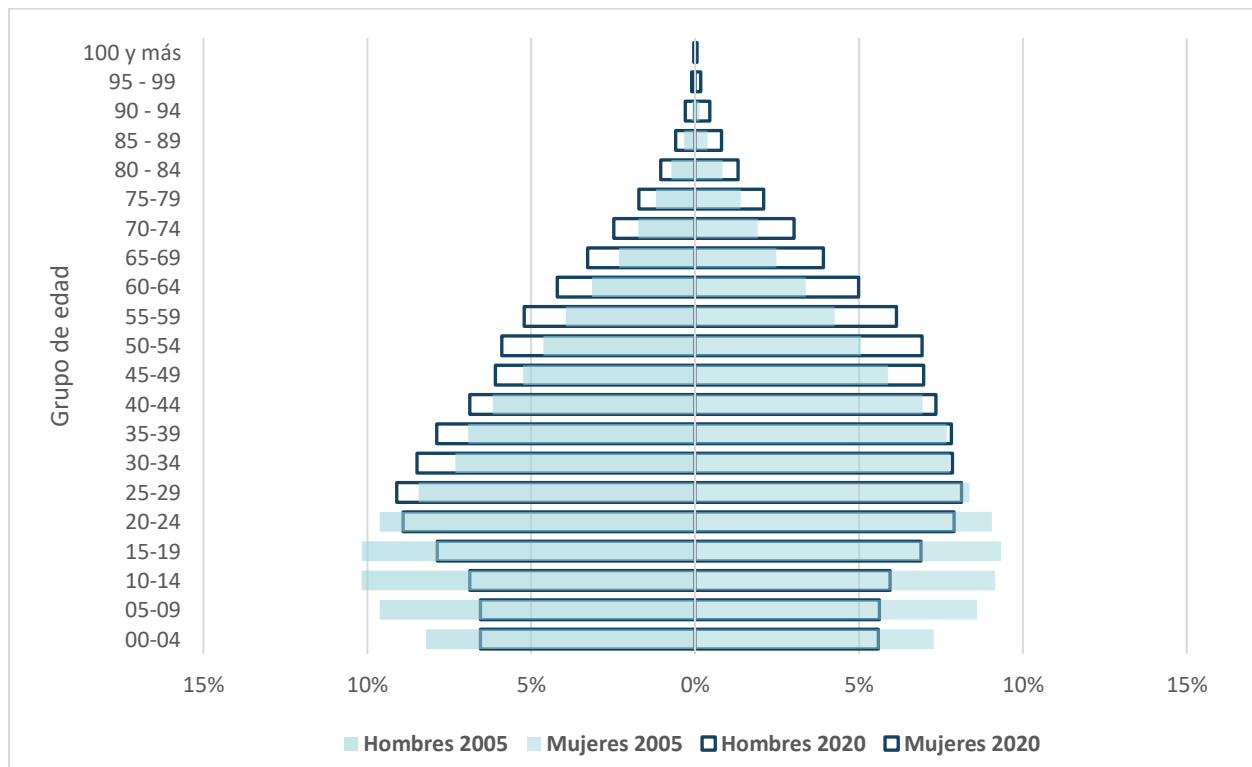
El análisis de la estructura demográfica de Pasto permite una estimación estadística de la población consumidora de cuidados. Inicialmente, el comparativo con el Censo de 2005 muestra que la población de niños, niñas y adolescentes (NNA) menores de 15 años ha disminuido 8 pp en 15 años: en 2005 había 96.248 NNA menores de 15 años (28.117 menores de 5 años) quienes

² Dato extraído de las proyecciones de la población de Pasto 2020 con base en el CNPV 2018 – DANE.



representaban el 26,5% de la población de Pasto. Para el año 2020 hay 72.572 NNA menores de 15 años (23.736 menores de 5 años) y corresponden al 18,5% de la población del municipio.

Grafica 2. Pasto. Variación en la estructura por grupos quinquenales de edad entre 2005 y 2021.



Fuente: DANE. CNPV 2018.

Al respecto, la razón de niños y niñas (NN) por mujer indica que en el año 2021 por cada 100 mujeres entre 10 y 54 años hay 21,4 NN entre 0 y 4 años. En 2005 este indicador fue de 28,5, haciendo evidente una disminución significativa en el número de nacimientos en el municipio: en 2005 nacieron 6.166 NN y para 2021, 4.029³. De esta manera, se evidencia una disminución significativa en la cantidad y el porcentaje de la población infantil que requiere la mayor intensidad de cuidados directos.

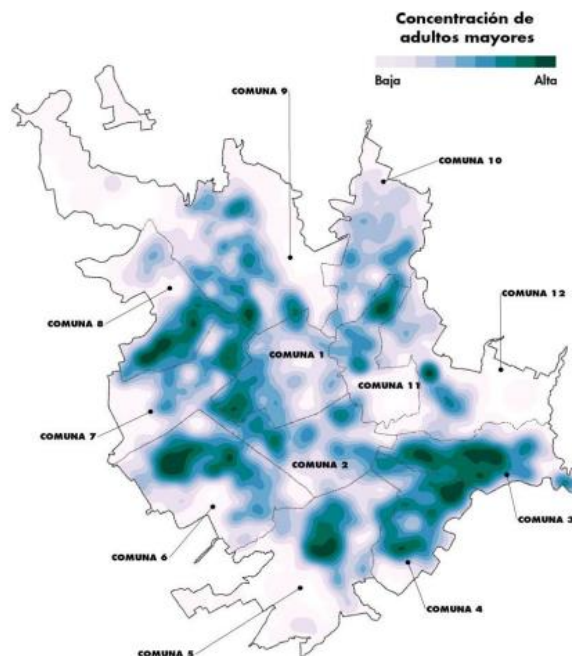
En el caso contrario, las personas adultas mayores de 64 años que en 2005 se contabilizaron en 24.890 (4.470 mayores de 80 años) y representaban el 6,8% de la población municipal, en 2020 pasan a representar el 10,8% de la demografía de Pasto, con 42.209 personas en este rango etario (9.645 mayores de 80 años), casi duplicando su participación demográfica en 15 años y con tendencia a continuar incrementando; actualmente en Pasto hay 3 veces más personas mayores de 100 años que en el año 2005.

³ Dato preliminar con corte a 30 de junio de 2021 extraído de las estadísticas vitales del DANE.



El 80,1% de la población mayor de 64 años vive en la cabecera municipal y se encuentra distribuida a lo largo del territorio (DANE, 2019), aunque se percibe una concentración en determinados barrios de las comunas 3, 4, 5, 6 y 8. En el sector rural reside el 19,9% de las personas adultas mayores, pero no se cuenta con información respecto a su distribución en los corregimientos.

Grafica 3. Pasto. Distribución geográfica de la población adulta mayor que reside en la cabecera municipal.



Fuente: DANE (2019).

Los indicadores demográficos muestran que la esperanza de vida para la población nariñense es de 79,9 años para las mujeres y 71,1 para los hombres (CNPV, 2018). Para el municipio de Pasto, el índice de Friz (IF) de 2020 fue de 85,2 y es correspondiente con una población madura o envejecida. El índice de envejecimiento es de 56 lo que indica que en el año 2020 en el municipio por cada 100 NNA menores de 15 años hay 56 personas mayores de 65 años, mostrando un incremento considerable de la población adulta mayor.

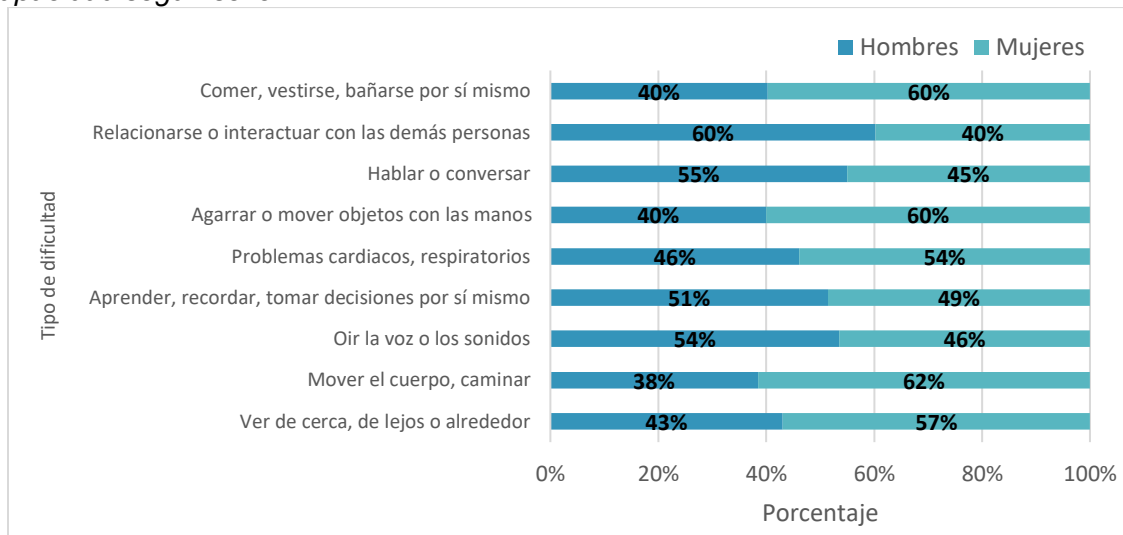
El índice de dependencia⁴, que representa la relación entre la población menor de 14 años y mayor de 64 con la población cuidadora (en edades entre 15 y 64 años) indica que por cada 100 personas potenciales cuidadoras hay 41,5 personas receptoras de cuidado. Este valor muestra una disminución en comparación con el año 2005 (el índice de dependencia fue de 52).

Otra población que se considera de alto consumo de cuidados es la población en condición de discapacidad. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) para el año 2018, en

⁴ Dato para el año 2021.

Pasto se reportaban 37.738 personas con alguna limitación de su funcionamiento cotidiano. El 56,1% corresponde a mujeres y el 43,9% a hombres. La población con discapacidad representa al 10,8% del total de la población del municipio.

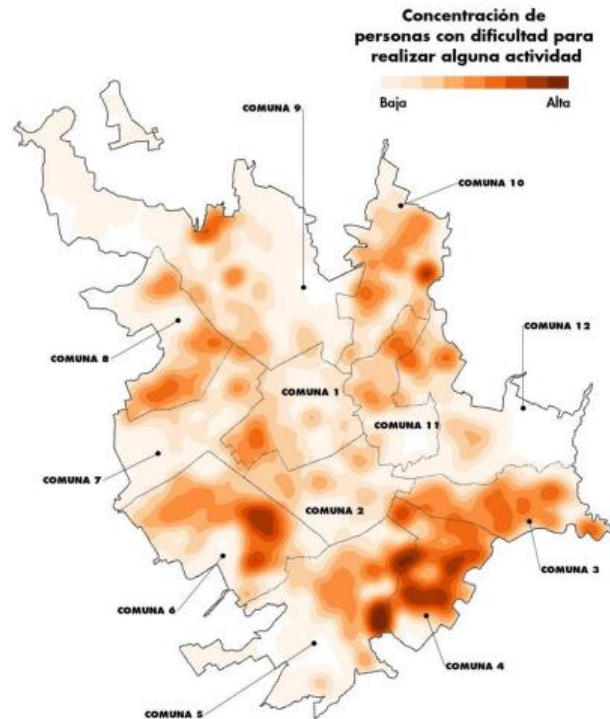
Grafica 4. Pasto. Limitaciones que más afectan el desempeño de la persona en condición de discapacidad según sexo.



Fuente: CNPV 2018.

Tanto mujeres como hombres que reportan alguna discapacidad tienen limitaciones relacionadas con la visión (36,7%), el movimiento (29,5%) o la audición (11,6%). El 8,3% de las personas con discapacidad son niños y niñas menores de 15 años, el 60,1% se encuentra entre los 15 y los 64 años y el 31,7% es mayor de 64 años. El 41,3% de las personas adquirió su limitación como consecuencia de una enfermedad, el 20,5% por la edad avanzada y el 14,4% debido a que nació así. Solo el 25,4% de la población con discapacidad reporta que recibe ayuda de otras personas.

Grafica 5. Pasto. Distribución geográfica de la población con alguna dificultad para realizar sus actividades diarias que reside en la cabecera municipal.



Fuente: DANE (2019).

El 78,1% de las personas que reportan alguna limitación en su funcionamiento cotidiano residen en el sector urbano, y hay mayores concentraciones en algunos barrios de las Comunas 4, 6 y 10, mientras el 21,9% vive en el sector rural y no se cuenta con la información sobre su distribución en los corregimientos.

Por otro lado, se estima que el 41,6% de la población con discapacidad se encuentra registrada en el Sisben: el 62,5% se encuentra entre los 14 y los 64 años, el 30,9% es mayor de 64 y el 6,5% menor de 14 años.

El 12% de la población con discapacidad registrada en el Sisben reside en la Comuna 5, el 11% en la Comuna 1 y el 10,2% en la Comuna 6; en el sector rural, las personas con discapacidad registradas en el Sisben se ubican principalmente en Catambuco (5,7%), Buesaquillo (3,2%) y Jamondino (3%).

Tabla 1. Pasto. Limitaciones que más afectan el desempeño de la persona en condición de discapacidad.



Ubicación	% Mujeres	% Hombres	Proporción
Comuna 5	50,0%	50,0%	12,0
Comuna 10	53,9%	46,1%	11,0
Comuna 6	53,4%	46,6%	10,2
Comuna 3	53,6%	46,4%	7,9
Comuna 4	53,7%	46,3%	7,0
Catambuco	50,3%	49,7%	5,7
Comuna 8	54,6%	45,4%	5,6
Buesaquillo	53,5%	46,5%	3,2
Comuna 11	52,7%	47,3%	3,1
Jamondino	55,0%	45,0%	3,0
Comuna 12	51,2%	48,8%	2,9
Mocondino	52,6%	47,4%	2,8
Comuna 9	53,4%	46,6%	2,7
Mapachico	47,7%	52,3%	2,7
Obonuco	51,4%	48,6%	2,2
El Encano	47,8%	52,2%	1,9
Comuna 1	53,9%	46,1%	1,8
Santa Barbara	52,7%	47,3%	1,8
Comuna 2	51,7%	48,3%	1,5
Jongovito	53,9%	46,1%	1,5
Genoy	51,4%	48,6%	1,4
San Fernando	51,2%	48,8%	1,3
La Laguna	53,2%	46,8%	1,2
Morasurco	50,3%	49,7%	1,2
La Caldera	41,8%	58,2%	1,0
Cabrera	59,2%	40,8%	0,8
Comuna 7	83,5%	16,5%	0,7
El Socorro	54,3%	45,7%	0,5
Gualmatan	51,9%	48,1%	0,3
Sin información	43,2%	56,8%	1,4
Total general	52%	48%	100

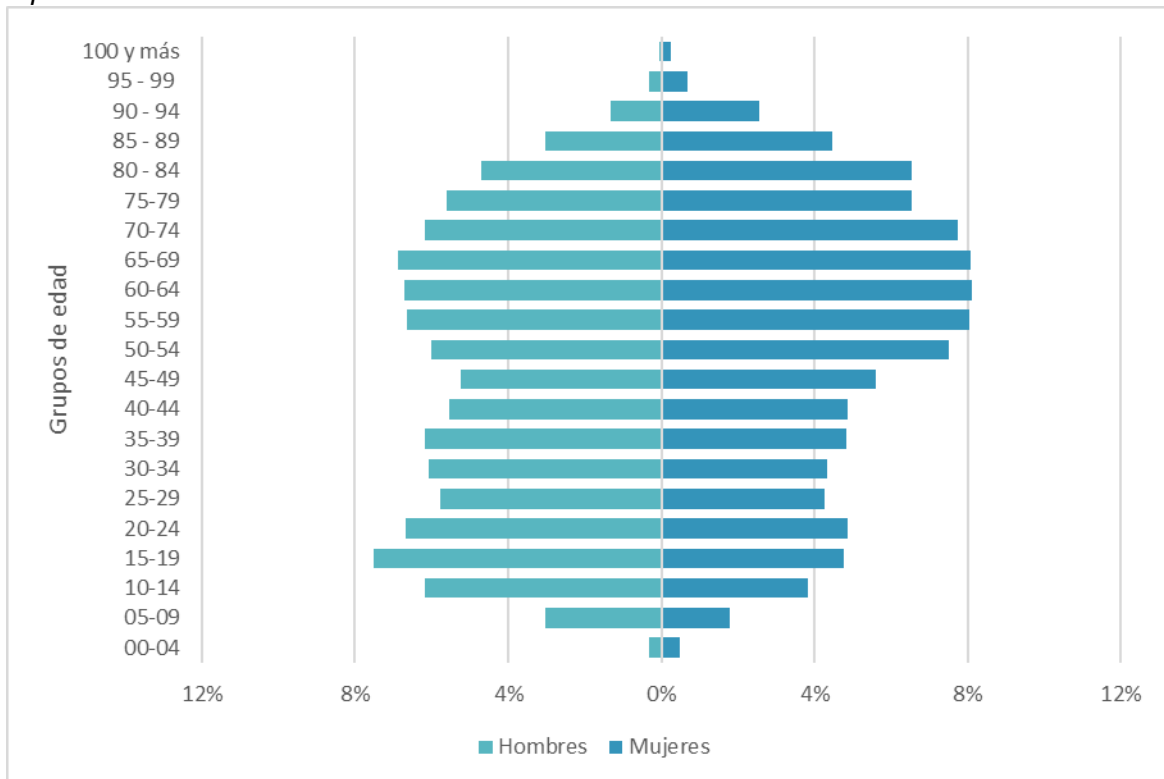
Fuente: construcción propia a partir de la base de datos suministrada por la Secretaría de Salud de Pasto, con registros del SISBEN sobre población en situación de discapacidad 2021.

Desde otra fuente de información, según el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) en Pasto solo 10.608⁵ personas están incluidas en el Registro de Localización y Caracterización de

⁵ Dato del IDSN con corte a noviembre de 2020.

Personas con Discapacidad (RLCPD), lo que corresponde al 28,1% de la población con limitaciones funcionales en el municipio. La inclusión en la base de datos del RLCPD indica que la persona fue valorada por un equipo interdisciplinar, tiene un diagnóstico de discapacidad y se han identificado sus necesidades “para el ejercicio de sus derechos y de su entorno para la vida y el cuidado” (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.; párr. 3).

Grafica 6. Pasto. Estructura de la población en condición de discapacidad por grupos quinquenales de edad.



Fuente: construcción propia a partir de la base de datos suministrada por la Secretaría de Salud de Pasto, con registros del SISBEN sobre población en situación de discapacidad 2021.

Para 2020, la población de 0 a 14 años y mayor de 64 años asciende a 114.781; es decir, el 29,2% de la población de Pasto se encuentra en etapas del ciclo vital en las que hay una mayor demanda de cuidados. Si a este número se suman las personas que presentan alguna condición de discapacidad entre los 15 y los 64 años, el número podría llegar a 137.448, es decir, el 35% de la población del municipio puede presentar una alta demanda de cuidados.

Un acercamiento cuantitativo a la medición de la demanda de cuidados en Pasto

Con los datos del CNPV 2018 y la ENUT 2016-2017, Orozco, Franco, Valdivia y Espinosa (2021) generaron una aproximación a la demanda de cuidados de Pasto, a partir de la Escala de Cuidados de Colombia (Orozco y Sánchez en Orozco y cols., 2021), que ofrece el cálculo de las

unidades de cuidado requeridas en cada manzana del municipio y la carga que éstas implican sobre la población cuidadora (Orozco y cols., 2021).

Para Colombia y el departamento de Nariño, la mayor carga de cuidado proviene de la población menor de 14 años mientras que en el municipio de Pasto, el grupo mayor de 64 años presenta las mayores necesidades de cuidado. Por otra parte, si bien a nivel nacional y departamental la carga de cuidado entendida como “el total de unidades de cuidado para la sociedad entre el número de personas de 15 a 64 años” (Orozco y cols, 2021; p. 1) se estima en 2:07 (2 horas 42 minutos), para el municipio, la carga de cuidados promedio es de 1.88 unidades, lo que indica que se requiere que cada persona de 15 a 64 años aporte 1 hora 52,8 minutos para el sostenimiento de la sociedad (Orozco y Sánchez 2020). Según la autora y su equipo, el 71,7% de la población de Pasto es población proveedora de cuidados.

Tabla 2. Unidades de cuidados por grupos de edad nacional, departamental y para la ciudad de Pasto.

Grupos de edad	Nacional		Nariño		Pasto	
	Unidades	%	Unidades	%	Unidades	%
0 a 4 años	12.151.124	19.5%	352.208	18.7%	78.004	16.5%
5 a 14 años	13.891.648	22.3%	421.534	22.4%	88.220	18.6%
15 a 64 años	30.144.482	48.4%	906.514	48.2%	252.530	53.3%
64 a 74 años	2.394.511	3.8%	74.159	3.9%	21.298	4.5%
75 a 84 años	2.434.818	3.9%	83.318	4.4%	21.922	4.6%
85 y más años	1.273.230	2.0%	43.110	2.3%	11.778	2.5%
Total	62.289.813	100.0%	1.880.843	100.0%	473.752	100.0%

Fuente: Metodología para el análisis geoespacial del empoderamiento económico de las mujeres y el trabajo de cuidados (2021) en Orozco, Franco, Valdivia y Espinosa (2021).

El municipio está conformado por 3.613 manzanas. La mayor carga de cuidado corresponde a la población de 15 a 64 años (53.3%). La carga de cuidado de la población menor de 15 años es más baja que en Nariño y en Colombia. El porcentaje de cobertura del acceso de la población de NN menores de 5 años a servicios de cuidado infantil (hogares comunitarios, jardines, centros de desarrollo infantil o colegios por lo menos 3 días a la semana y mínimo 2 horas al día) es de 42,8%, por encima del porcentaje departamental (36.4%) y nacional (40.1%), y se identifica que el 9,6% de las manzanas del municipio no registran presencia de NN de 0 a 4 años lo cual hace que “la contribución de la población infantil a la carga de cuidados no remunerados en los hogares sea menor” (Orozco y cols., 2021; p.3).

De manera contraria, la demanda de la población mayor de 64 años es superior al promedio del departamento y del país.

En resumen, los datos analizados indican que en Pasto hay una modificación importante en la demanda de cuidado pues se evidencia el incremento paulatino y sostenido de personas mayores y adultas con discapacidad, dos poblaciones que requieren cuidados, generalmente de largo plazo y que involucran fuerza física, lo cual imprime una carga para quien cuida que no se ve

compensada con la disminución de la población en la primera infancia (ONU Mujeres y DANE, 2020).

Lo anterior permite afirmar que es un momento óptimo para que el municipio de Pasto implemente estrategias que permitan una nueva organización social en la que se desfeminice el cuidado fomentando la corresponsabilidad entre hombres y mujeres dentro de la familia; y se desfamiliarice el cuidado, redistribuyendo la demanda entre los agentes sociales responsables del bienestar de la población: el Estado, el sector privado y la comunidad; solo de esta manera se podrá prevenir la situación de profundización de brechas de desigualdad, de la pobreza y el colapso del sistema de seguridad social que se prevé si no se implementan mejoras oportunas y efectivas, tal como ha ocurrido en otros países que hicieron este tipo de transiciones demográficas antes que Colombia.



4. La organización social del cuidado en el municipio de Pasto

Se estima que la demanda y la oferta de servicios de cuidado en Colombia se encuentran en desequilibrio. Actualmente, los hogares asumen el 89,95% del tiempo requerido para cubrir las necesidades de cuidado de la población, el mercado el 8,51%, el Estado el 0,92% y la comunidad el 0,62%. Este desbalance se amplía con la creciente demanda de cuidado de la población mayor y en condición de discapacidad y una oferta insuficiente de servicios de cuidados dirigidos especialmente a estas dos poblaciones.

Tabla 3. Colombia. Distribución de tiempo total de trabajo en actividades de cuidado.

ACTIVIDAD /SECTOR	ESTADO	MERCADO	HOGARES	COMUNIDAD	TOTAL
Suministro de alimentos	0,0%	11,7%	88,0%	0,2%	100%
Mantenimiento del vestuario	0,0%	0,9%	98,8%	0,3%	100%
Otros trabajos domésticos (excepto suministro de alimentos y mantenimiento de vestuario)	0,0%	4,5%	95,2%	0,3%	100%
Atención en salud y educación	4,3%	16,8%	76,9%	1,9%	100%
Total	0,9%	8,5%	89,9%	0,6%	100%

Fuente: Estado y mercado horas trabajadas por la población ocupada en ramas de actividad y ocupaciones del cuidado (GEIH, 2016-II y 2017-I). Hogares y comunidad horas de trabajo de cuidado no remunerado (ENUT, 2016-2017). Tomado de Dirección de Desarrollo Social. Subdirección de Género. DNP. (s.f.a).

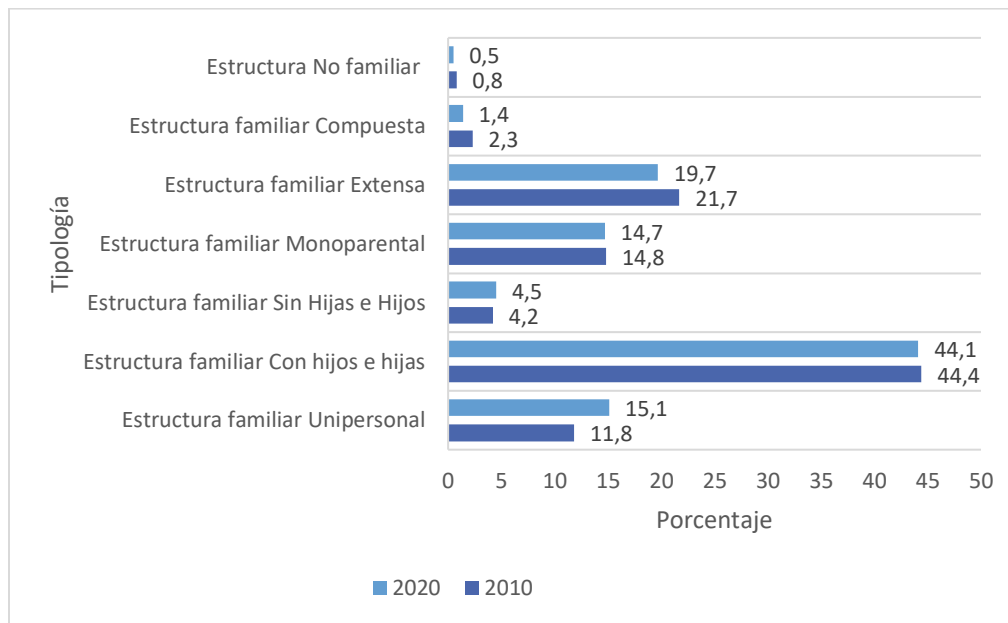
A continuación, se presenta el análisis de los servicios de cuidado en Pasto, teniendo en cuenta el aporte que hacen los hogares, la comunidad, la infraestructura social y los servicios estatales y del sector privado.

Los Hogares

El número de hogares en Pasto ha incrementado entre 2005 y 2020: en el año 2005 existían 95.469 hogares y en el año 2020 el número aumenta a 148.349. Se incrementa el porcentaje de hogares unipersonales y de parejas sin hijos mientras la familia extensa y compuesta disminuye 2 y 0,9 pp.; las estructuras biparentales con hijos e hijas, la monoparental y no familiar presentan una disminución muy leve. Esto es correspondiente con la tendencia a la disminución de las tasas de fecundidad que se observa en el municipio.



Gráfica 7 Pasto. Porcentaje de hogares por tipología, 2010 y 2020.



Fuente: O.G. Nariño con datos de la GEIH 2010 y 2020.

Por otra parte, los hogares de Pasto han disminuido su tamaño. En el año 2005 la mayor proporción de hogares estaba conformada por 4 personas y la participación de los hogares unipersonales era inferior al 10%. Para el año 2018, la mayor proporción de hogares está conformado por 2 o 3 personas, los hogares de más de 5 personas disminuyen drásticamente y los hogares unipersonales se incrementan en casi el doble. Esto va en coherencia con el porcentaje de personas solteras que residen en Pasto que supera el 45% y es uno de los porcentajes más altos de las ciudades capitales de Colombia, similar al de Medellín (DANE, 2020).

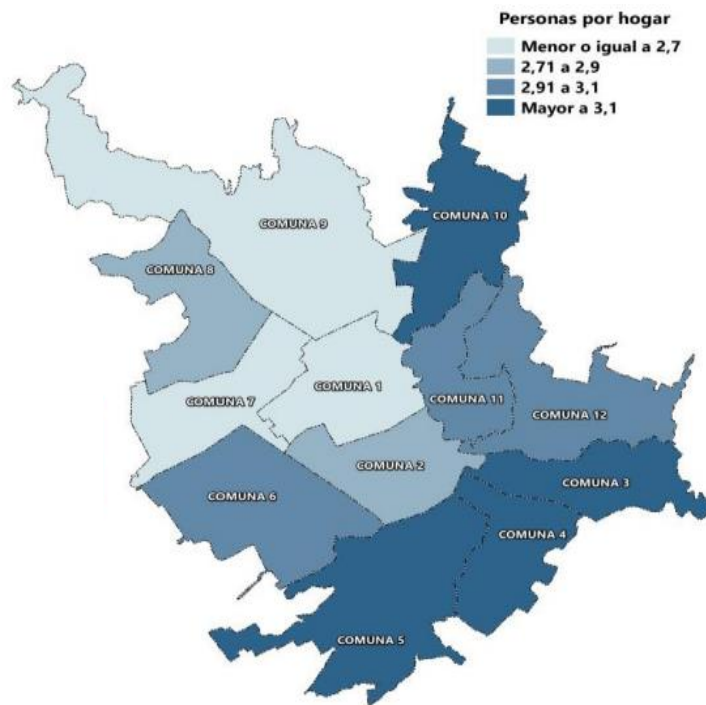
Tabla 4. Pasto. Porcentaje de hogares según cantidad de personas que residen en ellos.

Censo	NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR					
	1	2	3	4	5	6 o más
2005	9,80%	14,10%	20,70%	22,70%	14,90%	17,80%
2018	17,30%	22,00%	25,30%	20,10%	8,70%	6,70%
Variación	7,50%	7,90%	4,60%	-2,60%	-6,20%	-11,10%

Fuente: CNPV 2018 (DANE, 2020).

La distribución de los datos por comuna indica que los hogares de más de 3,1 personas se encuentran en las comunas 3, 4, 5 y 10, mientras que los hogares de menos de 2,7 personas se ubican en las comunas 1, 7 y 9. No se cuenta con esta información para los corregimientos.

Gráfica 8. Pasto. Tamaño y distribución de los hogares por comuna, 2018.



Fuente: DANE (2019).

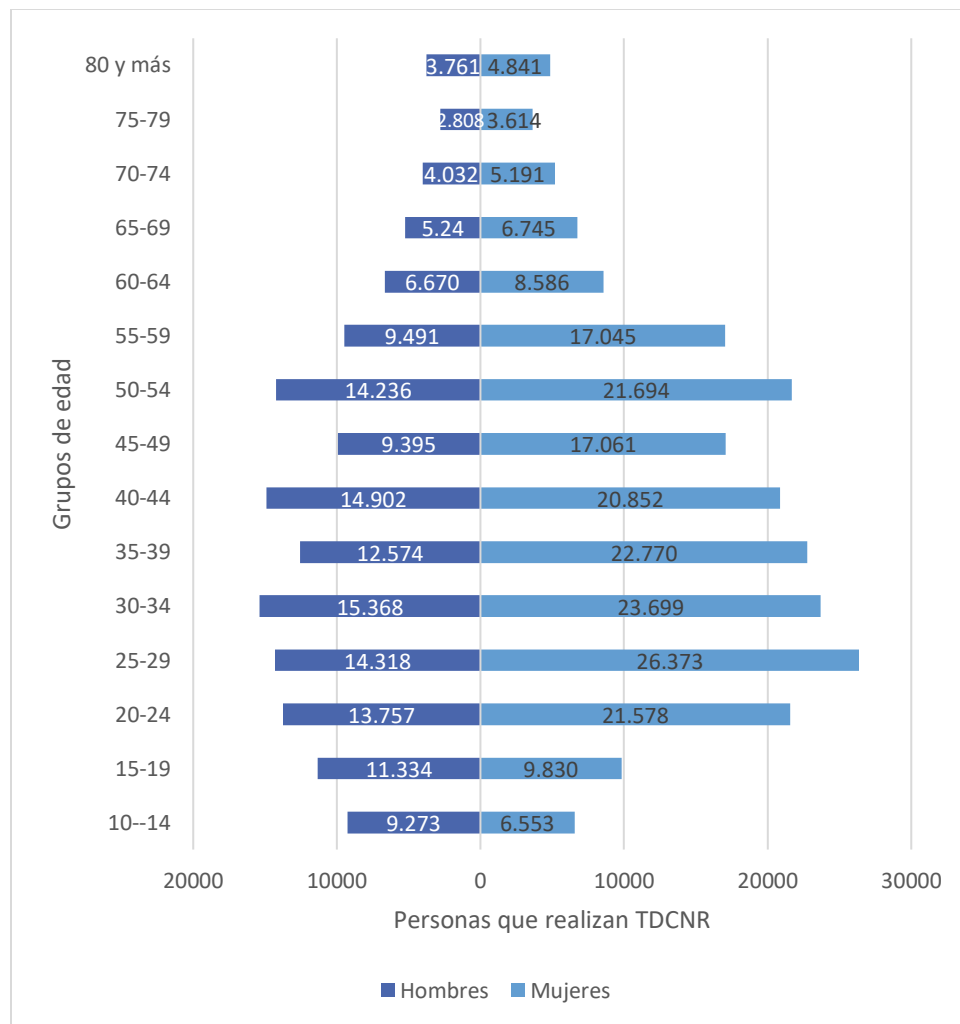
Distribución del trabajo de cuidados entre mujeres y hombres en los hogares

En Pasto, 364.132 personas reportan dedicar tiempo semanal para llevar a cabo alguna función doméstica o de cuidado. Hay 69.734 más mujeres que hombres cuidando en los hogares. Las brechas de género más amplias en el número de personas realizando TDCNR se encuentran entre los 25 y los 39 años y la brecha más reducida está entre hombres y mujeres de 75 a 79 años.

En todas las edades, las mujeres invierten más horas que los hombres al cuidado de personas y del hogar. Las brechas de género más amplias se encuentran entre los 25 y los 59 años, edades en que la diferencia de tiempo dedicado supera las 20 horas semanales. Esto indica que mientras los hombres dedican menos tiempo al hogar durante sus etapas económicamente activas, en estas etapas las mujeres dedican más tiempo.

Ya en el grupo de 10 a 14 años, las niñas y adolescentes dedican el doble de horas al TDCNR que los niños y adolescentes, dato que indica que aún hay mucho camino para deconstruir los estereotipos de género en las familias del municipio.

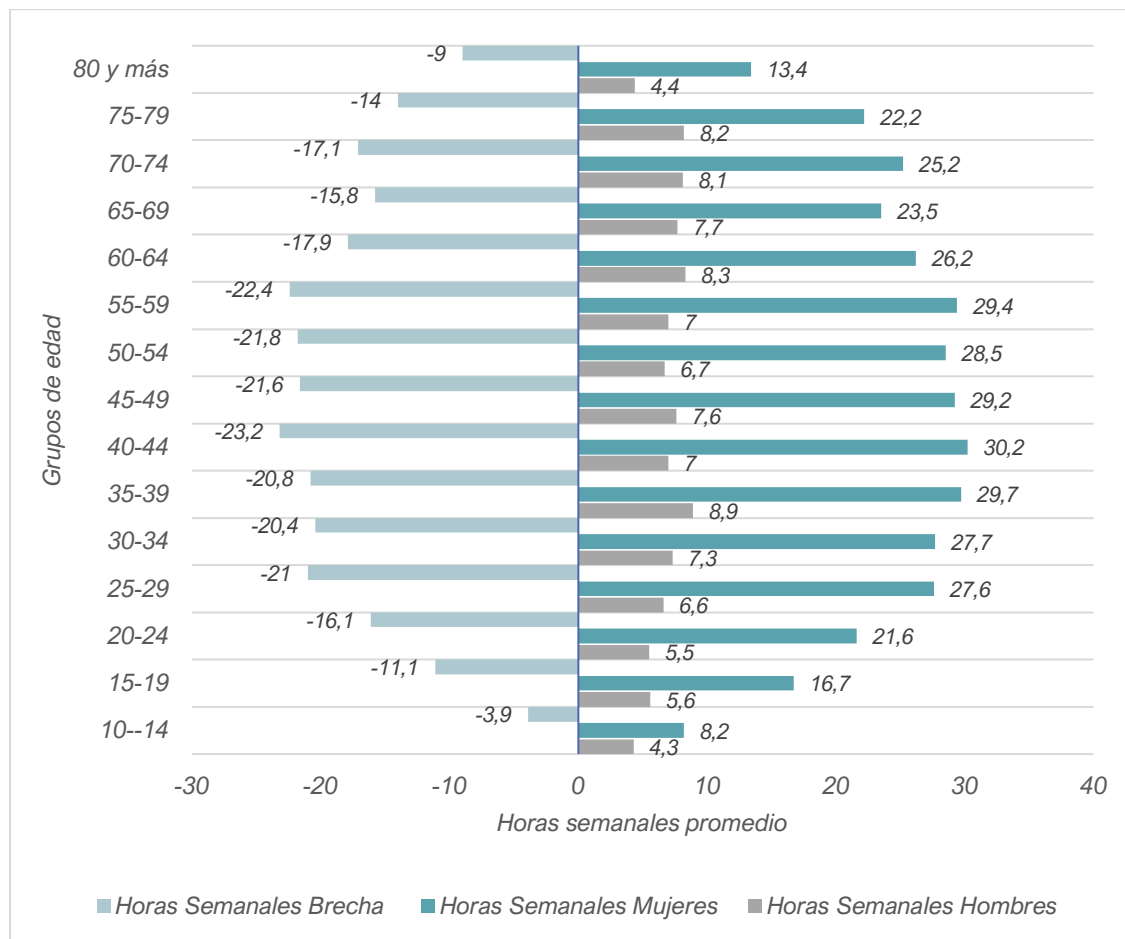
Gráfica 10. Pasto. Total de personas que realizan TDCNR por sexo y grupo de edad.



Fuente: O.G.Nariño con datos de la GEIH, 2020.



Gráfica 11. Pasto. Promedio de horas semanales de TDCNR por sexo y grupo de edad.



Fuente: O.G.Nariño con datos de la GEIH, 2020.

Los oficios del hogar o cuidado indirecto constituyen la funcionalidad que mayor número de personas realiza en Pasto, tanto hombres como mujeres. En comparación con el año 2010 hay un incremento en el número de hombres que realizan estas actividades, así como en las horas semanales que dedican. Sin embargo, también incrementa el número y las horas dedicadas por las mujeres, en consecuencia, ha incrementado la brecha de género.

Así, en Pasto las mujeres dedican casi el triple de horas semanales (22,4) que los hombres (8,8) al cuidado indirecto.

Tabla 5. Pasto. Total de personas y promedio de horas semanales que realiza oficios del hogar.

Población que realiza oficios del hogar		
Sexo	2010	2020



	Total personas	Promedio horas semanales	Total personas	Promedio horas semanales
Hombre	88.294	8,8	113.614	9,1
Mujer	131.887	19,2	148.357	22,4
Total	220.181	15,0	261.971	16,6
Brecha de género	-43.593	10,3	-34.743	13,3

Fuente: O.G.Nariño con datos de la GEIH 2010-2020.

Por otra parte, para 2020 el 65,5% de la población cuidadora de NN es mujer y 34,5% es hombre; esto refleja una disminución tanto en el número de hombres (-8.918) y mujeres (-11.564) cuidadoras/es como en el porcentaje de participación en el cuidado respecto al año 2010 (el 63,8% de la población cuidadora de NN estaba conformada por mujeres y el 36,2% por hombres).

Las mujeres aportan 23,3 horas semanales para el cuidado de NN y los hombres 13,1; esto indica una mayor disminución en el tiempo de cuidado de los hombres (0,7) que de las mujeres (0,5) en comparación con 2010 y, en consecuencia, la ampliación de la brecha de género.

Tabla 6. Pasto. Total de personas y promedio de horas semanales dedicado al cuidado de NN.

Sexo	Población que cuida niñas y niños			
	2010		2020	
	Total personas	Promedio horas semanales	Total personas	Promedio horas semanales
Hombre	38.984	13,8	30.066	13,1
Mujer	68.746	23,7	57.182	23,2
Total	107.729	20,1	87.248	19,7
Brecha de género	-29.762	9,9	-27.116	10,1

Fuente: O.G.Nariño con datos de la GEIH 2010-2020.

Con respecto a la población que cuida a personas adultas mayores y/o en situación de discapacidad, se observa que ha aumentado el número de mujeres que dedican tiempo a esta funcionalidad, así como un aumento de 0,7 horas semanales de dedicación, mientras ha disminuido el número de hombres que realizan estas actividades, aunque hay un leve incremento en 0,8 horas semanales de dedicación. Esto indica que las nuevas necesidades de cuidado que emergen con el crecimiento de esta población está siendo asumido, nuevamente, por las mujeres.

Tabla 7. Pasto. Total de personas y promedio de horas semanales dedicado al cuidado de población adulta mayor y con discapacidad.

Sexo	Población que cuida personas adultas mayores y/o con discapacidad	
	2010	2020



	Total personas	Promedio horas semanales	Total personas	Promedio horas semanales
Hombre	4.117	12,5	4.020	13,3
Mujer	8.360	18,3	10.893	19,0
Total	12.477	16,4	14.913	17,4
brecha de género	-4.243	5,8	-6.873	5,7

Fuente: O.G.Nariño con datos de la GEIH 2010-2020.

Los datos de la población cuidadora indican que las mujeres siguen asumiendo la carga doméstica y de cuidados en los hogares a lo largo de todo el ciclo vital, que la variación de las estructuras de los hogares muestra un cambio para los hombres, quienes empiezan a asumir oficios domésticos para su autosostenimiento pero disminuye su participación en el cuidado de otros/as, y que en 2020, son las mujeres quienes asumen el incremento de la demanda de cuidados que surge con las necesidades de las poblaciones mayores y con discapacidad.

La comunidad

El cuidado comunitario hace referencia a una serie de prácticas heterogéneas de cuidado que ocurren en colectividades presenciales o redes, que se organizan para apoyar en las tareas de cuidado y sostenimiento cotidiano (Vega, Martínez y Paredes, 2018), por lo general sin remuneración o desde la perspectiva de la economía solidaria. Algunas experiencias de cuidado comunitario son: “proyectos de corresponsabilidad para el cuidado, cooperación vecinal para las tareas en el entorno de un edificio, grupos de crianza compartida, madres comunitarias, cooperativas de economía social que incluyen atención y acompañamiento o grupos de usuarios de un recurso de asistencia” (p.36) entre otros, que pueden o no ser remunerados o tener acompañamiento y financiamiento estatal. Si bien el cuidado comunitario es fundamental para comprender la organización social del cuidado en el municipio de Pasto, no fue posible recolectar información al respecto.

Infraestructura social para el cuidado

Para realizar un acercamiento a la oferta de servicios de cuidado se debe analizar la **infraestructura social para el cuidado** con la que cuenta el municipio de Pasto, entendida como el conjunto de “activos físicos en sectores sociales tales como educación, salud, cuidado de larga duración, vivienda, deporte y recreación asequible y accesible; que permiten la provisión de bienes y servicios que contribuyen a una buena calidad de vida (Dirección de Desarrollo Social, Subdirección de Género. DNP, s.f.a; p. 17). A continuación, se revisa a información disponible sobre la infraestructura educativa, en salud, recreación y servicios públicos.

Infraestructura educativa



La cobertura en educación inicial a la primera infancia es uno de los indicadores para analizar la oferta de cuidado en Pasto. El sector educativo oficial no cuenta con oferta en prejardín y jardín, a excepción de la IEM Nuestra Señora de Las Lajas que tiene un régimen especial (SEM, 2021), por lo cual la oferta para esta población se concentra en los CDI a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y del sector privado.

El ICBF ofrece servicios en el municipio a través de 3 modalidades (Respuesta a Solicitud de Radicado 202151400000104132, Director Regional Nariño, 13 de octubre de 2021):

La modalidad Institucional de los servicios de ICBF se dirige a la primera infancia desde los 2 hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, aunque dependiendo de la condición se pueden atender NN entre los 6 meses y 2 años y hasta los 5 años, 11 meses y 29 días de edad si no hay oferta de educación preescolar en el entorno cercano. Según los reportes, se atienden aproximadamente 3.513 NN en 31 unidades de servicio.

La modalidad familiar desarrollo infantil en medio familiar atiende a la población rural y urbana vulnerable y se dirige a mujeres gestantes, NN y sus familias. En sector rural acoge a NN hasta antes de los 5 años, o de los 6 si no hay oferta escolar de transición en el ambiente cercano. En el sector urbano atiende exclusivamente a NN menores de 2 años y mujeres gestantes. En Pasto existen 42 unidades de servicio y ofrece 761 cupos. En esta misma modalidad también se ofrece el servicio HCB FAMI que atiende exclusivamente a niñas y niños menores de 2 años y a mujeres gestantes que estén ubicados en las áreas urbanas y rurales, tiene 141 unidades de servicio y 1.833 cupos.

Finalmente, la modalidad comunitaria atiende a NN de 18 meses a 4 años, 11 meses y 29 días, que habitan en zonas urbanas o rurales y que hacen parte de familias focalizadas; en el rango de 18 a 24 meses solo se podrá atender 1 NN por UDS o una niña o niño con discapacidad.

Tabla 8. Pasto. Número de unidades de servicio de atención a primera infancia reportados por ICBF según modalidad.

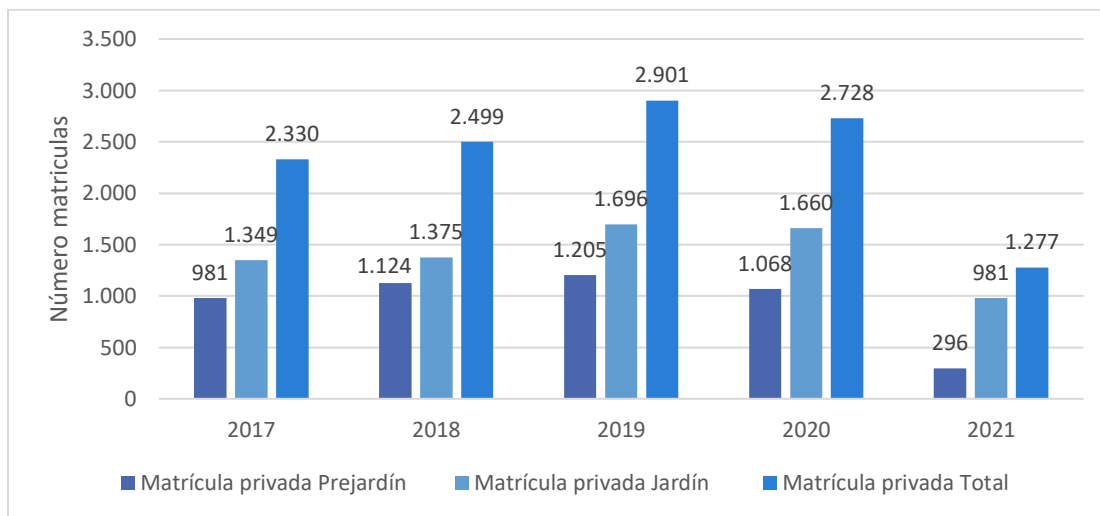
MODALIDAD	SERVICIO	# DE UDS	CUPOS
Institucional	CDI con arriendo - institucional	9	830
Institucional	CDI sin arriendo - institucional	10	1087
Institucional	Hogares empresariales	1	48
Institucional	Hogares infantiles	10	1248
Institucional	Jardines sociales	1	300
Familiar	Desarrollo infantil en medio familiar sin arriendo – familiar	42	761
Familiar	HCB FAMI - familiar	141	1833
Comunitario	HCB – Comunitario	276	3312
Total general		490	9419

Fuente: ICBF Regional Nariño en Respuesta a Solicitud de Radicado 20215140000104132, Director Regional Nariño, 13 de octubre de 2021.

Según la información de la Secretaría de Educación Municipal (SEM), el sector privado asume un promedio de 2347 cupos de servicios de primera infancia (prejardín y jardín) al año. En 2021 se evidencia una disminución significativa por motivo de las restricciones emergentes con la pandemia COVID-19.

Teniendo en cuenta el total de la población de 0 a 5 años en el municipio (23.736 NN⁶) y el cubrimiento de la oferta de atención reportada por ICBF y el sector privado (11.761⁷), podría estimarse que el 49,5% de los NN asisten a algún tipo de servicio de cuidado por fuera de su vivienda y el 50,5% recibe el cuidado en su hogar o en algún tipo de arreglo comunitario que no se registra en las fuentes de información oficial.

Gráfica 12. Pasto. Número de cupos de pre jardín y jardín con matrícula privada, 2017 a 2021.



Fuente: Cobertura en cifras Pasto a marzo 2021. Tomado de: Secretaría de Educación Municipal de Pasto (2021).

Para 2020, la cobertura neta del servicio educativo para el grado de transición, que inicia a partir de los 5 años cumplidos, es de 93,31%⁸, lo que muestra que Pasto está cerca de alcanzar la cobertura universal en educación para esta población.

⁶ Dato para el año 2020.

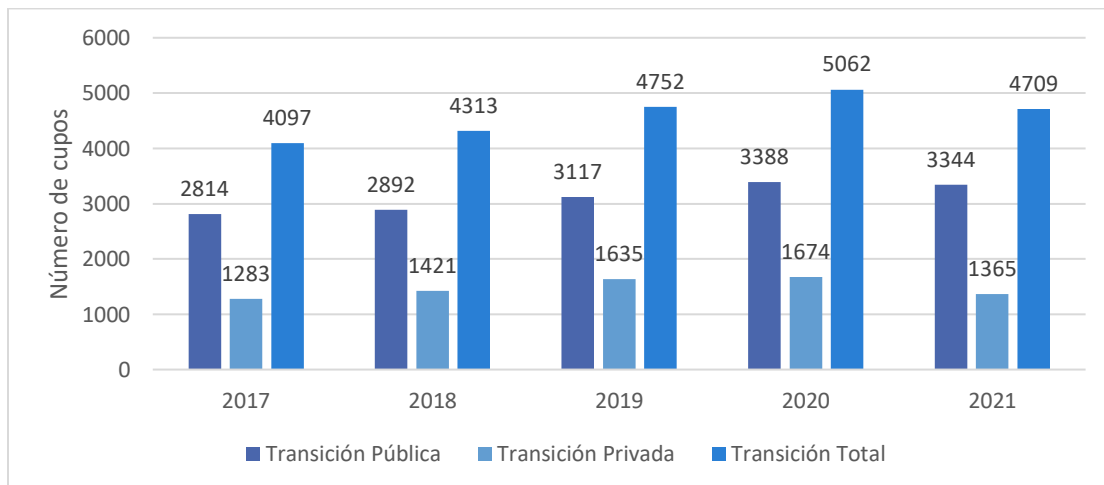
⁷ Es un dato aproximado debido a que la oferta de ICBF incluye tanto NN como familiares.

⁸ Dato extraído de las Estadísticas MEN. Según el MEN la cobertura neta es la relación ente estudiantes con matrícula en un nivel educativo que tienen la edad adecuada para cursarlo y el total de la población en el rango de edad apropiado para dicho nivel (MEN, 2007).

La capacidad máxima de atención en el sector oficial para el grado de preescolar en el sector urbano es de 1.844 NN y en el sector rural es de 1.266 NN, lo que representa el 65% de la población de 5 años aunque para el año 2021 atiende más del número máximo permitido de acuerdo con la infraestructura evidenciando un déficit de aulas, que incrementa si se tiene en cuenta que según la Norma Técnica Colombiana 4595, el área requerida para ofrecer educación para personas con discapacidad debe ser mayor que el que se utiliza para el cálculo de capacidad máxima.

De esta manera, en el municipio el sector público está a cargo del 65% al 71% de la oferta general de educación para la población de 5 años y el sector privado aporta entre el 29% y el 34,4%.

Gráfica 13. Pasto. Número de cupos de transición de naturaleza pública y privada, 2017 a 2021.



Fuente: Cobertura en cifras Pasto a marzo 2021. Tomado de: Secretaría de Educación Municipal de Pasto (2021).

La información obtenida no desagrega por zona de procedencia geográfica. Sin embargo, los datos generales del Ministerio de Educación Nacional (MEN) indican que la oferta educativa en área rural es menor que en área urbana. En el marco del programa de atención a la primera infancia, durante el segundo trimestre de 2021, solo el 40% de NN en la etapa de primera infancia cuenta con atención en zonas rurales y el 30% de cobertura universal de atención a integral para NN de primera en zonas rurales (Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia, MEN, 2021).

Por otra parte, la cobertura neta de educación primaria (98,05%), secundaria (100,52%) y media (62,82%) en el municipio indica que ha incrementado la oferta educativa en el municipio desde el año 2016, sin embargo, aún es necesario ampliar la cobertura y la infraestructura educativa para satisfacer la demanda de la población en edad escolar.



Tabla 9. Pasto. Infraestructura oficial disponible con la que cuenta el municipio, 2021.

Total aulas y áreas disponibles en el municipio de Pasto	
Total aulas de clase primaria, secundaria y media	1.359
Total área construida primaria, secundaria y media	62.112
Capacidad máxima de estudiantes primaria, secundaria y media a atender	37.664
Total aulas de clase preescolar	154
Total área construida preescolar	6.218
Capacidad máxima de estudiantes preescolar a atender	3.109
Total estudiantes a atender por área construida	40.753
Total aulas disponibles (1) jornada	1.513
Total área construida en aulas	68.330

Fuente: Cobertura en cifras Pasto a marzo 2021. Tomado de: Secretaría de Educación Municipal de Pasto (2021).

Respecto a la calidad, si bien no se cuenta con una herramienta de medición integral de este aspecto de la educación, las pruebas Saber se asumen como un indicador de resultado educativo. El promedio del Puntaje Global del municipio durante los último 5 años muestra un comportamiento estable en el que los resultados de las instituciones públicas urbanas se encuentran por encima del promedio nacional pero no tanto como las entidades privadas, mientras que sistemáticamente los resultados de las instituciones oficiales rurales se encuentran por debajo del promedio nacional. Esta situación pone de relieve la necesidad de regular y controlar la calidad de los servicios comunitarios, públicos y privados, pues “la cuestión de la calidad universal es determinante para que las políticas públicas no generen servicios estratificados del tipo “servicios estatales de calidad incierta para personas en situación de vulnerabilidad económica” y “servicios privados para quienes pueden pagar la calidad” (ONU Mujeres y CEPAL, 2021), situación que parece presentarse en el municipio de Pasto.

Tabla 10. Pasto. Promedio de puntajes globales pruebas Saber según zona de procedencia y naturaleza de la institución, 2016 a 2020.

Promedio Puntaje Global	Año				
	2016	2017	2018	2019	2020
Colombia	264	262	258	253	252
Pasto	285	282	282	277	273
Oficiales Urbanos	286	283	283	278	271
Oficiales Rurales	260	253	255	251	247
Privados	295	300	299	295	291

Fuente: Construcción propia con base en Cobertura en cifras Pasto a marzo 2021. Tomado de: Secretaría de Educación Municipal de Pasto (2021).

Infraestructura en salud y servicios de cuidado.

El campo de la salud es fundamental para analizar la oferta de servicios de cuidado en el municipio de Pasto. Por una parte, la capacidad instalada en infraestructura puede medirse con indicadores como los que se presentan en la tabla 11, que muestran que la infraestructura en salud del municipio ha venido mejorando en el último quinquenio. Los indicadores de Pasto se encuentran por encima de los valores departamentales y la capital tiene las mejores condiciones de salud en Nariño con un Índice de necesidades en salud de -18,06⁹ (Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2021a)

Tabla 11. Pasto. Capacidad instalada en salud, 2015 a 2020.

INDICADOR	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,07	0,07	0,07	0,07	0,09	0,10
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,02	0,02	0,03	0,04	0,04	0,05
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,09	0,09	0,11	0,11	0,12	0,15
Razón de camas de adulto/a por 1.000 habitantes	1,54	1,60	1,76	1,56	1,61	1,57
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,25	0,29	0,29	0,33	0,35	0,42
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,14	0,14	0,16	0,18	0,18	0,20
Razón de camas por 1.000 habitantes	3,69	3,93	4,15	4,08	4,11	4,51

Fuente: Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2020a.

Por otra parte, en Nariño existe una sobrerrepresentación de mujeres en el campo de la salud en una razón de 3 mujeres por cada hombre empleado en el área y el 74% de la fuerza laboral empleada en el sector salud es mujer.

Gráfica 14. Nariño. Distribución de personas empleadas por sexo en actividades económicas relacionadas con la salud.

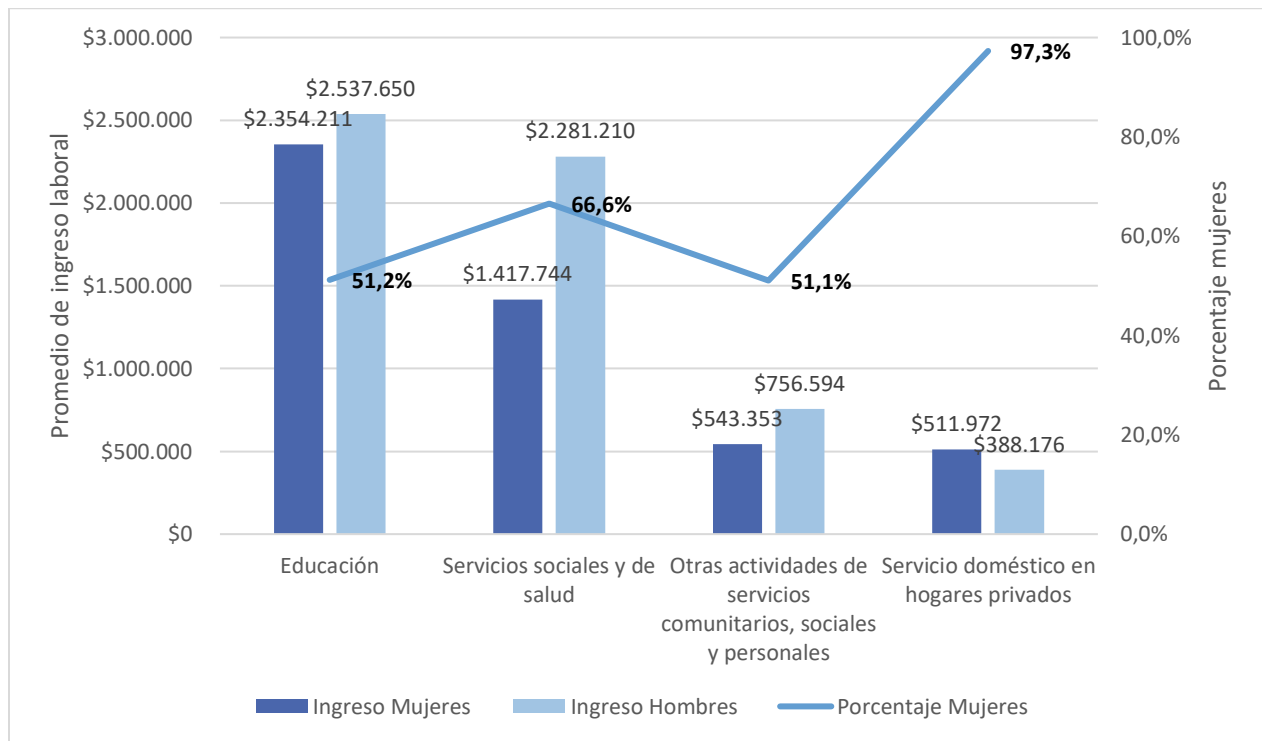
⁹ Dato 2018 - 2019.



Fuente: O.G. Nariño con base en la GEIH 2019.

En el municipio de Pasto, el 66,6% de la fuerza laboral en el campo de los servicios sociales y de salud es mujer y, al igual que en la mayoría de países del mundo, se evidencia una brecha de género en el promedio de ingresos económicos de mujeres y hombres en este sector (ver tabla 15) y una segregación vertical en la que los hombres tienden a ocupar posiciones de mayor jerarquía, gerencia y toma de decisiones en el campo de la salud mientras las mujeres laboran en posiciones de apoyo operativo en el cuidado directo de pacientes, con sobrecarga y menores remuneraciones (OIT, 2018). Lo mismo ocurre en las actividades económicas de la educación y otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales.

Gráfica 15. Pasto. Personas que participan en actividades económicas del cuidado según sexo y promedio de ingreso laboral, trimestre octubre-diciembre 2019-2020



Fuente: O.G.Nariño con datos de la GEIH 2020

En el caso del servicio doméstico, el 97,3% de la fuerza laboral es mujer y solo el 11,7% de las personas en este oficio tienen condiciones de trabajo formal. Aunque es un campo altamente feminizado, se aprecia una brecha de género significativa en los ingresos económicos de mujeres y hombres en periodos regulares (no en pandemia). El trabajo doméstico remunerado también hace parte de la infraestructura en salud y servicios de cuidado.

En el campo de la salud y el cuidado remunerado es necesario profundizar en las condiciones laborales y en la capacitación para el cuidado de otras personas y del autocuidado del personal de salud y cuidados. Según la OIT, las personas ocupadas en trabajos de cuidado, especialmente comunitarios o que no requieren formación profesional, con frecuencia carecen de las herramientas necesarias para efectuar sus tareas, no cuentan con recursos suficientes, están mal remuneradas o no tienen ninguna remuneración (OIT, 2018).

Accesibilidad al espacio público y al transporte.

La accesibilidad al espacio público y al transporte hace parte de la infraestructura social para el cuidado ya que permite a las diferentes poblaciones disminuir las barreras para el desempeño cotidiano, especialmente de la población con discapacidad y adulta mayor y disminuir los tiempos de las personas cuidadoras relacionados con el desplazamiento de las poblaciones que más demandan cuidados.



Las mediciones de uso del tiempo tienen en cuenta el factor transporte, pero no la movilidad del cuidado, que:

Incluye todos los viajes realizados para llevar a cabo las tareas cotidianas para esos propósitos, incluyendo el acompañar menores al colegio, a actividades extraescolares o a practicar deporte; hacer la compra; hacer recados tanto en oficinas públicas como privadas; visitar o acompañar familiares enfermos y ancianos, etc.

Los viajes que implican todas estas actividades pueden ser bastante difíciles, largos y complicados... la falta de medios de transporte adecuados, en combinación con la localización de los equipamientos y lugares donde se realizan las tareas de cuidado, puede implicar limitaciones significativas en las vidas de las personas, incluso obligar a las personas a trabajar a tiempo parcial, a disponer de poco tiempo libre personal, o tener que renunciar completamente a trabajar en un empleo remunerado (Sánchez-de Madariaga y Zucchini, 2020; p.91).

Los estudios sobre movilidad y género en diferentes ciudades del mundo han identificado que al tener diferentes roles socio-económicos y responsabilidades, hombres y mujeres tienen diferentes patrones de uso, acceso y necesidades de transporte (BID, 2016). Un estudio realizado en Bogotá (Moscoso, López, Montoya, Quiñones, Gómez, Lleras, Adriazola-Steil y Vega, 2020) identificó diferencias significativas en los patrones de viaje, los medios utilizados, el tiempo empleado y el motivo de viaje entre hombres y mujeres jefas/es de hogar de Bogotá teniendo en cuenta el estrato socioeconómico. En el caso de Bogotá, se encontró que el 46% de los viajes de las mujeres jefas de hogar tienen como motivo el cuidado, versus el 25% en el caso de los jefes de hogar y que las mujeres de estrato socioeconómico se demoran casi el doble en transportarse que las mujeres de estrato 6. Ante los hallazgos, se concluye que:

Cuando la planificación del transporte urbano no es sensible a las diferencias de género, incluso cuando hay datos desagregados disponibles, el sistema de transporte se analiza dando prioridad a los desplazamientos directos -hogar-trabajo-hogar-, supliendo así las necesidades de viaje de los hombres (Chant, 2013; FIA Foundation, 2017). Como consecuencia, el servicio de transporte disponible para los viajes de cuidado es inefectivo, indirecto y, en general, ineficiente. Esto hace que las mujeres gasten más tiempo en el transporte, escojan modos de transporte informales (GIZ, 2007), y gasten más dinero en sus desplazamientos (Moser, 1993). (En Moscoso y cols, 2020; p.21).

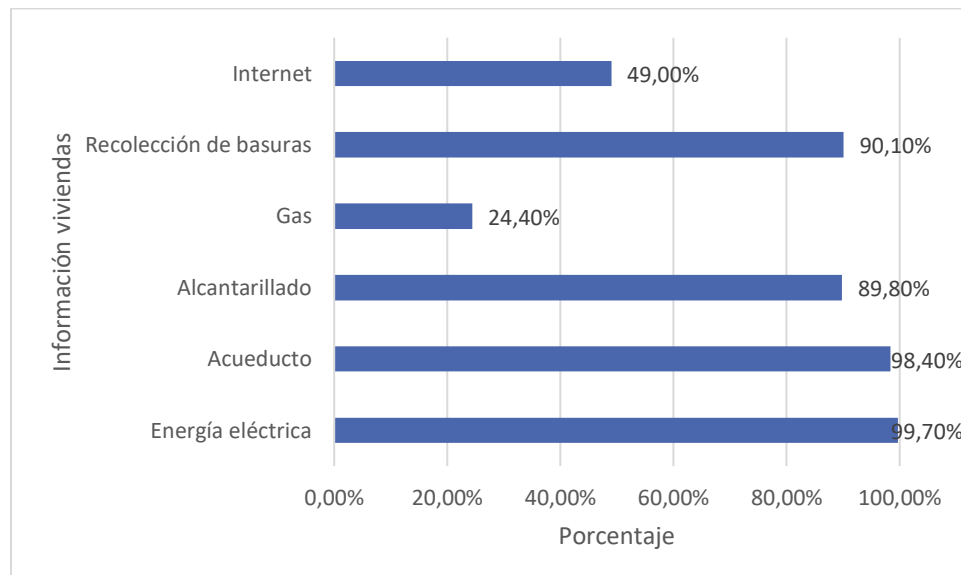
En el municipio de Pasto aún no se cuenta con información que permita comprender la relación entre género y transporte, pero es una necesidad a corto plazo.

Vivienda y servicios públicos

El análisis de la vivienda y los servicios públicos, como parte de la infraestructura social para el cuidado, permite identificar las condiciones que tienen los hogares del municipio, sus dotaciones tecnológicas y aquellas herramientas que pueden ayudar a optimizar el tiempo que se ocupa en los cuidados directos e indirectos.

Se estima que más del 90% de los hogares de Pasto tienen cobertura de servicios públicos básicos como energía, acueducto y recolección de basuras. El 89,8% también cuenta con alcantarillado y solo el 49% tiene conexión de internet en la vivienda. La cobertura más baja es de gas domiciliario, solo el 24,4% de los hogares cuenta con este servicio que ha sido de gran utilidad para la disminución de tiempo de actividades de cuidado indirecto.

Gráfica 16. Pasto. Cobertura de acceso a servicios públicos, 2018



Fuente: CNPV, 2018. DANE (2019)

Si bien la cobertura de servicios públicos es alta, se encuentra un 8,24% de la población con necesidades básicas insatisfechas y un 0,88 en condición de miseria. Hay déficit de vivienda y hacinamiento. Las privaciones más grandes se encuentran en los corregimientos del municipio. No se cuenta con información sobre dotaciones tecnológicas de los hogares, pero tradicionalmente este ha sido un punto de partida para la reorganización social del cuidado.

Tabla 12. Pasto. Necesidades básicas insatisfechas por categoría y zona geográfica.

Zona geográfica	Necesidades básicas insatisfechas por categoría						
	Prop de Personas en NBI (%)	Prop de Personas en miseria	Vivienda	Servicios	Hacinamiento	Inasistencia	Dependencia económica
Cabecera	6,26	0,63	0,73	0,23	3,25	0,81	1,94



Centro poblado y rural disperso	15,14	1,74	1,8	0,23	8,35	1,39	5,27
Total	8,24	0,88	0,97	0,23	4,39	0,94	2,69

Fuente: DANE. CNPV 2018.

Autocuidado

El autocuidado es una categoría fundamental dentro de la infraestructura social para el cuidado pues se trata de un instrumento de prevención que puede ayudar a que la futura población adulta mayor llegue a esta etapa en condiciones óptimas, de manera que puedan mantener su autonomía e independencia el mayor tiempo posible a la vez que disminuye el porcentaje de población en condición de discapacidad causada por enfermedades o envejecimiento. El autocuidado incluye:

el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Prado, González, Paz y Romero, 2014; p.838).

El autocuidado requiere medidas educativas, de prevención, protección social y atención tanto para las personas que demandan cuidado como aquellas que proveen cuidado de manera remunerada y no remunerada. No se obtuvo información respecto a la oferta de programas de capacitación en autocuidado en el municipio de Pasto o de estrategias de seguimiento al autocuidado, por lo cual se requiere ampliar el dialogo con el sector salud y educación para tener una mejor aproximación al respecto.

5. Conclusiones

Actualmente en Colombia el cuidado es un derecho humano universal, un objetivo de la economía y una responsabilidad pública indelegable. Como derecho, abarca las garantías de apoyo y atención especialmente para las poblaciones que más lo requieren: niños y niñas, personas adultas mayores y en condición de discapacidad, pero también el derecho de quienes cuidan, especialmente las mujeres, de hacerlo por elección, con garantías de protección económica, social y en salud y con una organización social que redistribuya la carga de cuidados entre las familias, la comunidad, el Estado y el mercado; solo así, este derecho tendrá las condiciones de exigibilidad que permitirán su materialización efectiva.



Como objetivo de la economía, implica la ampliación definitiva de la categoría trabajo de manera que se incluya el aporte del trabajo no remunerado al sostenimiento de la capacidad laboral del país, pero no solo en las cuentas nacionales, sino en las cuentas familiares, lo que implica pensar un modelo que, más allá de la productividad de individuos, reconozca las interconexiones sociales que permiten el sostenimiento de la fuerza de trabajo del país. Asimismo, está en mora el mejoramiento y la dignificación de las condiciones laborales de las personas que se desempeñan en actividades económicas ligadas al cuidado en las áreas de la salud, la educación y el trabajo doméstico, especialmente para las mujeres que experimentan brechas salariales, segregación vertical y mayor riesgo de sobrecarga y explotación, pues suelen anteponerse las necesidades de quienes reciben cuidados directos sobre los derechos de quien cuida.

6. Referencias

- Aguirre, R., Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2014). *Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay*. Íconos. Revista de Ciencias Sociales. Num. 50, pp. 43-60.
- Alcaldía de Pasto. (2020). *Plan de Desarrollo Municipal "Pasto la Gran Capital" 2020-2023*. Disponible en: <https://concejodepasto.gov.co/wp-content/uploads/2020/05/PDM-CONCEJO-MUNICIPAL-21-05-2020.pdf>
- Alcaldía de Pasto. (2014a). *Plan de Ordenamiento Territorial-Pasto Territorio Con-Sentido 2014-2027. Cuaderno diagnóstico Económico*. Disponible en: <https://www.pasto.gov.co/index.php/component/phocadownload/category/397-cuadernos-diagnosticos-pot-2015-2027>
- Alcaldía de Pasto. (2014b). *Plan de Ordenamiento Territorial-Pasto Territorio Con-Sentido 2014-2027. Cuaderno diagnóstico Sociocultural*. Disponible en: <https://www.pasto.gov.co/index.php/component/phocadownload/category/397-cuadernos-diagnosticos-pot-2015-2027>
- Anderson, J. (2020). *Cuidados multiculturales*. En: Batthyány, K. (Coord.) (2020). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. Buenos Aires-México: Siglo XXI.
- Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*. Serie Asuntos de Género. Santiago de Chile: CEPAL.
- Batthyány, K. (Coord.) (2020). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. Buenos Aires-México: Siglo XXI.



- Banco Interamericano de Desarrollo. (2016). *El porqué de la relación entre género y transporte*. Disponible en: <file:///C:/Users/Sonia/Downloads/El-porqu%C3%A9-de-la-relaci%C3%B3n-entre-g%C3%A9nero-y-transporte.pdf>
- CEPAL. (2007). *X Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Consenso de Quito*. Disponible en: <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/consensodequito.pdf>
- CEPAL. (2010). *XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Consenso de Brasilia*. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/consensobrasilia_esp_1.pdf
- CEPAL. (2013). *XII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Consenso de Santo Domingo*. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40450/Consenso_Santo_Domingo_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- CEPAL. (2016b). *Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL)*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39624/4/S1600508_es.pdf
- CEPAL. (2017). *XIII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030*. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41011/1/S1700035_es.pdf
- CEPAL. (2018). *El cuidado y sus fronteras disciplinarias. Páginas selectas de la CEPAL*.
- CEPAL. (2020). *XIV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Compromiso de Santiago*. Disponible en: https://conferenciamujer.cepal.org/14/sites/crm14/files/20-00089_crm.14_compromiso_de_santiago.pdf
- CEPAL. (2021). *Hacia la sociedad del cuidado: los aportes de la Agenda Regional de Género en el marco del desarrollo sostenible (LC/MDM.61/3)*, Santiago: Naciones Unidas.
- Comas D'Argemir, D. (2015). *Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar*. *Revista de Antropología Social*, 24, pp. 375-404. DOI: https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2015.v24.50663
- Congreso de la República de Colombia. (2010). *Ley 1413 de 2010. Por medio de la cual se regula la inclusión de la Economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas*. Diario Oficial No. 47.890 de 11 de noviembre de 2010.



- DANE. (2013). Decreto 2490 de 2013. Por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la inclusión de la información sobre trabajo de hogar no remunerado en el Sistema de Cuentas Nacionales, que ordena la Ley 1413 de 2010. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-2490-de-2013.pdf>
- DANE. (2019). Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Pasto, Nariño. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190726-CNPV-presentacion-Narino-Pasto.pdf>
- DANE. (2020). Perspectivas territoriales de desarrollo socioeconómico. Valor agregado de las estadísticas económicas regionales. Pasto, Nariño.
- DANE. (2021). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo –ENUT 2020-2021. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ENUT/Presentacion_ENUT_enero_abril_2021.pdf
- DANE y ONU MUJERES. (2020). Tiempo de cuidados: las cifras de la desigualdad. Disponible en: <https://colombia.unwomen.org/es/biblioteca/publicaciones/2020/01/tiempo-de-cuidados-las-cifras-de-la-desigualdad>
- Departamento Nacional de Planeación. (2015). Plan Nacional de Desarrollo: Todos por un nuevo país. Tomos 1 y 2. ISBN para internet: 978-958-8340-88-3
- Dirección de Desarrollo Social. Subdirección de Género. DNP. (s.f.a). Producto 3 y 4: Documento que contenga la propuesta de política pública nacional y sectorial sobre cuidado que promueva la equidad de género y la promoción y protección de los derechos de las personas cuidadoras y las personas sujetas de cuidado, que incluya una propuesta de arreglo institucional para la política pública de cuidado y una hoja de ruta para la implementación de la política de cuidado. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Dirección de Desarrollo Social. Subdirección de Género. (s.f.b). Economía del cuidado: revisión de literatura, hechos estilizados y políticas de cuidado. Documento en construcción. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/4.%20Documento%20Preliminar%20Econom%c3%ada%20del%20Cuidado.pdf>
- Dirección de Metodología y Producción Estadística - DIMIPE. (2018). Archivo de datos. Colombia- Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016-2017. DANE: Colombia. Disponible en: <http://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/552/datafile/F31/V2728>
- Durán, M. A. (2007). El valor del tiempo. ¿Cuántas horas te faltan al día?. España: Editorial Espasa Calpe, S.A.



- Durán, M. A. (2012). *El trabajo no remunerado en la economía global*. Bilbao, España: Fundación BBVA.
- Duran, M.A. (2018). *Alternativas metodológicas en la investigación sobre el cuidado*. En: ONU Mujeres. (2018). *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Disponible en: [http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/LIBRO%20DE%20CUIDAD OS_web_11mayo18%20final.pdf](http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/LIBRO%20DE%20CUIDAD%20OS_web_11mayo18%20final.pdf)
- Esquivel, V. (2013). *El cuidado en los hogares y las comunidades*. Documento conceptual. Informes de Investigación de OXFAM. Disponible en: <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/302287/rr-care-background-071013-es.pdf;jsessionid=BE50AD8E3CDF81540EB6E074E7F57660?sequence=2>
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Esquivel, V. (2013). *El cuidado en los hogares y las comunidades*. Documento conceptual. Informes de investigación de Oxfam.
- Instituto Departamental de Salud de Nariño. (2020a). *ASIS Nariño 2020. Análisis de la situación del departamento de Nariño con el modelo de determinantes sociales*. Disponible en: <https://idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/asis/Departamental%20Nario%20ASIS%202020.pdf>
- Instituto Departamental de Salud de Nariño. (2020b). *Boletín Epidemiológico. Indicadores Básicos en Salud*. Disponible en: https://idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/boletines/1.Bolet%C3%ADn_IBS_2020.pdf
- Martín, M.T. (2020). *Dibujar los contornos del trabajo de cuidados*. En: Batthyány, K. (Coord.) (2020). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. Buenos Aires-México: Siglo XXI.
- Martínez, J. (2008). *Capítulo I. Bienestar y regímenes de bienestar, ¿qué son y por qué abordarlos?* En: *¿Arañando bienestar? Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central*. Buenos Aires: CLACSO Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. ISBN 978-987-1183-93-7.
- Ministerio de Educación Nacional. (2007). *Glosario*. Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-123926.html>
- Ministerio de Educación Nacional. (2021). *Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia*. Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/portal/Educacion->



[inicial/Sistema-de-Educacion-Inicial/356107:Sistema-de-Seguimiento-al-Desarrollo-Integral-de-la-Primera-Infancia](#)

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/registro-localizacion.aspx>

Moscoso, M., López, J. S., Montoya, V., Quiñones, L. M., Gómez, L.D., Lleras, N., Adriaola-Steil, C, Vega, J. (2020). *Mujeres y Transporte en Bogotá: Las cuentas*. Bogotá: Despacio & WRI. Recuperado de www.despacio.org/hacemos

OIT. (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Disponible en: https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_633168/lang--es/index.htm

O.G.Nariño. (2020). *Mujeres y hombres: brechas de género en Nariño*. Disponible en: <https://observatoriogenero.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/Documento-MHBGN-V01.pdf>

OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ONU. (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf>

ONU Mujeres. (2018). *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Disponible en: http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/LIBRO%20DE%20CUIDAD OS_web_11mayo18%20final.pdf

ONU Mujeres y DANE. (2020). *Tiempo de cuidados: las cifras de la desigualdad*. Disponible en: <https://colombia.unwomen.org/es/biblioteca/publicaciones/2020/01/tiempo-de-cuidados-las-cifras-de-la-desigualdad>

ONU Mujeres, DANE y CPME. (2020). *Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia*. Disponible en: <https://www2.unwomen.org//media/field%20office%20colombia/documentos/publicaciones/2020/11/mujeres%20y%20hombres%20brechas%20de%20genero.pdf?la=es&vs=5814>

ONU Mujeres y CEPAL. (2021). *Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación*. Disponible en:



https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2021/11/haciaconstruccionssystemacuidados_15nov21-v04.pdf?la=es&vs=110

OPS. (2020). *El trabajo no remunerado del cuidado de la salud: una mirada desde la igualdad de género.* Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52207/9789275322307-spa.pdf?sequence=5>

Orozco, M., Franco, J. y Valdivia, R. (2021). *Análisis descriptivo de oferta y demanda de cuidados para el Departamento de Nariño y Municipio de San Juan de Pasto, a partir de la Escala de Colombia. Nota técnica no publicada.*

Prado, L., González, M., Paz, N. y Romero, K. (2014). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica, 36(6), 835-845.* Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es.

Pineda, J. (2020). *Los campos del cuidado, su organización social y las políticas públicas. Reflexión desde el caso colombiano. En: Batthyány, K. (Coord.) (2020). Miradas latinoamericanas a los cuidados. Buenos Aires-México: Siglo XXI.*

Razavi, S. (2007) *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. Gender and Development Programme Paper. United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).*

Sánchez-de Madariaga, I., & Zucchini, E. (2020). *“Movilidad del cuidado” en Madrid: nuevos criterios para las políticas de transporte. Ciudad y Territorio Estudios Territoriales, 52(203), 89-102.* <https://doi.org/10.37230/CyTET.2020.203.08>

Tronto, Joan. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice. Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice. New York: New York University Press.*

Tribín-Uribe, A.; Mojica-Urueña, T.; García-Gómez, A.; Herrera-Idárraga, P. y Ramírez-Bustamante, N. (2021). *¿En qué se parecen y en qué se diferencian las estadísticas obtenidas a partir de la GEIH y la ENUT?. Un análisis comparativo y descriptivo acerca del mercado laboral y el trabajo no remunerado.* Disponible en: <http://cuidadoygenero.org/wp-content/uploads/2021/03/Diferencias-estadi%CC%81sticas-GEIH-ENUT.pdf>

Vega, C. Martínez, R. y Paredes, M. (2018). *Cuidado, comunidad y común. Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida. Madrid: traficante de Sueños.*