



Enero-junio 2023
Recibido: 20-5-2023
Aceptado: 31-5-2023

Valor del trabajo de la cuidadora familiar del paciente crónico en Colombia

Autor: Alexandra Caballero-Guzmán¹ Isabella Pinto²
Correo electrónico: alexandracoballeropinto@gmail.com
Adscripción: **Universidad del Rosario, Colombia**

Resumen: Objetivo. El objetivo del presente trabajo es reflexionar sobre el valor del trabajo de cuidado que realiza una mujer del entorno familiar al cuidado de un paciente crónico en Colombia. Metodología. Metodológicamente se consultó información documental entre 1999 a 2021. Se revisaron textos clásicos que permitieran entender la división sexual del trabajo, la feminización del cuidado, no remunerado, la economía del cuidado, la situación de la cuidadora familiar del paciente crónico en Colombia, para determinar el costo del trabajo femenino. Resultados. Los resultados muestran cómo las mujeres cuidan de sus

¹ Médica cirujana Universidad de Caldas, Magíster en salud sexual y reproductiva, especialista en políticas de cuidado con perspectiva de género CLACSO-Argentina, Catedrática en la Universidad el Rosario (Facultad de Psicología) Bogotá y en la UNAM (Facultad de trabajo social), México. Bogotá-Colombia, investigadora en temas de género-salud-enfermedad-cuidado, conferencista y catedrática universitaria en temas de perspectiva de género en cuidados paliativos y enfermedad crónica y oncológica ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0216-7248>. Correo electrónico: alexandracoballeropinto@gmail.com ncaballeroc@unbosque.edu.co. ² economista, Goethe Universitat Frankfurt. Frankfurt-Alemania. experiencia en finanzas como miembro de Goethe Finance Association. Actualmente, postulante para la maestría de Macroeconomía en la Universidad de Viena. Profundización en análisis económico y el impacto de políticas feministas macroeconómicas en la estabilidad financiera. ORCID. <https://orcid.org/0000-0002-0473-6213> Correo electrónico: s5389333@stud.uni-frankfurt.

familiares con enfermedades crónicas durante extensas jornadas; al emplear una gran cantidad de horas de trabajo en este tipo de labor, aumenta las desigualdades de género, la carencia de recursos y la falta de autonomía financiera. Conclusión. Se concluye que pretender establecer un valor económico al proceso de cuidar a un paciente crónico es una idea parcial, que incluye elementos de difícil mercantilización como el apoyo emocional y espiritual. Por lo anterior, es necesario incorporar una perspectiva económica feminista del cuidado, con una visión ampliada que incorpore la experiencia de las mujeres; esto permitiría reformular los conceptos básicos del análisis económico, presentar nuevos marcos de análisis y elaborar políticas públicas que den respuesta a la realidad de mujeres y hombres.

Palabras clave: división sexual del trabajo, economía del cuidado, trabajo no remunerado, cuidado, economía feminista.

Valuing the work of family caregivers of chronic patients in Colombia

Abstract: Objective. The objective of this paper is to reflect on the value of the care work performed by a woman from the family environment to the care of a chronic patient in Colombia. Methodology. Methodologically, documentary information was consulted between 1999 and 2021. Classic texts were reviewed that allowed understanding the sexual division of labor, the feminization of unpaid care, the care economy, the situation of the family caregiver of the chronic patient in Colombia, to determine the cost of female labor. Results. The results show how women take care of their relatives with chronic diseases for long hours; by employing considerable number of hours of work in this type of work, gender inequalities, lack of resources and lack of financial autonomy increase. Conclusion. It concluded that trying to establish an economic value to the process of caring for a chronic patient is a partial idea, which includes elements of

difficult commodification such as emotional and spiritual support. Therefore, it is necessary to incorporate a feminist economic perspective of care, with an expanded vision that incorporates the experience of women; this would allow reformulating the basic concepts of economic analysis, presenting new analytical frameworks and developing public policies that respond to the reality of women and men. **Keywords:** sexual division of labor, care economy, unpaid work, care, feminist economics.

Introducción

El cuidado es un elemento fundamental del bienestar humano, no se puede sobrevivir sin ser cuidado; todos cuidamos a otros en distintos momentos de la vida; sin embargo, estos cuidados son más necesarios cuando hay problemas de salud o en los extremos del ciclo de vida (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). Para Faur (2017), cuidar es además escuchar, contener, ofrecer refugio, preocuparse por el otro, brindarle herramientas de bienestar dentro de una organización social y política del cuidado. En los últimos años, y como consecuencia del proceso de envejecimiento y el aumento de enfermedades crónicas, ha aumentado la demanda de servicios de cuidado; por tanto, es necesario que la sociedad esté preparada ante el hecho del incremento del número de personas dependientes y, por ende, preparar un número adecuado de personas prestadoras de cuidados para atenderlas (Crespo y López, 2007). En la actualidad el 70% de las personas que fallece en Colombia padecían una enfermedad crónica en fase de enfermedad avanzada y terminal, por lo que requerirían atención en cuidados paliativos (Ministerio de salud, 2019).

En la prestación del cuidado participan distintos sectores: el Estado, las entidades sin ánimo de lucro, las empresas privadas y las familias. El Estado provee servicios a través del sistema de salud y educación, en su función de garantizar estos derechos fundamentales; además, es el ente regulador

de las relaciones de producción y de mercado y regula el sistema de cuidados a partir de los marcos normativos o las políticas de orden laboral en materia de conciliación, así como, las relaciones entre los proveedores de servicios formales de cuidados (Razavi, 2007; Gutiérrez, 2019).

En este escenario, aunque existe una estructura político-social para atender las necesidades de cuidado, la familia es la principal proveedora de cuidado del paciente crónico. El problema radica en que el peso principal del cuidado recae sobre una única persona, que con frecuencia es una mujer del núcleo familiar, que lo realiza de manera no remunerada. Entonces, el trabajo de cuidado es excesivo, no visible y sin valor (IMSERSO, 2015).

Según el estudio de Mier (2007) las cuidadoras son en su mayoría mujeres casadas, con una edad media de 52 años, sin ocupación laboral remunerada y cuya relación con la persona cuidada es en el 57% de los casos paterno filial, en el 16% de pareja y en el 10% de los casos es la nuera de la persona dependiente. El hecho que sean las mujeres quienes se encargan mayoritariamente del cuidado de los enfermos crónicos en el domicilio, se fundamenta en la división sexual discriminatoria del trabajo, por cuanto la sociedad lo entiende como natural y determinado dentro de un contexto de patriarcado dominante (Larrañaga et al., 2008). Esta división sexual discriminatoria del trabajo implica menores oportunidades para las mujeres de acceder al poder, a la riqueza y la autonomía financiera; además, es una forma de vincular el cuidado a una categoría afectiva que infravalora todo tipo de tareas desempeñadas mayoritariamente por las mujeres (Jiménez y Moya, 2017).

Con este panorama, se puede intuir que las mujeres de la familia son las principales y casi únicas cuidadoras de los pacientes con enfermedades crónicas, sometidas a largas jornadas diarias de trabajo. Entre los cuidadores hay niveles altos de incertidumbre, además, de un alto grado de estrés de

tipo espiritual y psicológico que grava la situación del cuidador del paciente crónico familiar (Perdomo, 2015; Crespo y López, 2007). Esta realidad se refleja en la sobrecarga de responsabilidades en el cuidado del paciente, las dificultades financieras, el auto abandono y la falta de tiempo libre, que hacen más difícil las actividades propias del cuidado.

Partiendo del anterior panorama, se hace necesario desarrollar una apropiada valoración de las actividades que realizan las cuidadoras de pacientes crónicos para, de esta manera, poder dar el salto a la generación de políticas públicas que mejoren la calidad de vida de estas mujeres.

Metodología

El desarrollo de esta reflexión partió de la revisión documental de los temas relacionados con el objetivo: economía del cuidado, economía feminista, feminización del cuidado, costo de la enfermedad crónica en Colombia. Se consideró la propuesta de Fink (2014), para la revisión teórica. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Redalyc, Latindex, Doaj, Dialnet, Pubmed, Academia, Google académico y CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Se encontraron un total de 112 textos que contribuyeron al análisis y reflexión del tema de estudio. La revisión sistemática del material bibliográfico resultado del proceso de investigación en ciencias sociales posibilita la elaboración y construcción de nuevos sentidos y significados en torno al objeto de estudio (Guevara, 2016). Los textos se centraron en la división sexual del trabajo, feminización del trabajo de cuidado, economía del cuidado, valor económico del cuidado, cuidado a personas directo o indirecto, costo financiero del cuidado, costo financiero de la enfermedad crónica y costo del trabajo del cuidado femenino. Se priorizó la información de Colombia, en el período entre 1999 y 2021. Se incluyen además textos clásicos sobre cuidado de CLACSO con autoras como Pascale Molinier (2011), Karina Batthyány

(2015), Amaia Pérez (2016), María Ángeles Durán (2017), Corina Rodríguez (2007), Eleonor Faur (2017) y Juliana Martínez (2007); además el marco jurídico colombiano sobre cuidado familiar.

Resultados

Feminización del trabajo de cuidado no remunerado

El cuidado como un trabajo, es una actividad en la cual se presta un servicio a una persona dependiente o con necesidades en el hogar o fuera de él (Arango et al., 2011). Además, este tipo de servicio es principalmente relacional entre la persona que cuida y la que necesita asistencia para poder desarrollarse y gozar de bienestar. El trabajo es un concepto económico y político; por lo anterior, según Batthyány (2015), el cuidado debe ser analizado desde una perspectiva de género y como un tema político, social y económico (Senent, 2014).

Pascale Molinier (2011) plantea que existe en la sociedad una “cultura del trabajo”, donde la división sexual del trabajo establece las reglas para la generación y distribución de las riquezas, en la jerarquización social y en el reconocimiento de las personas. Esta idea se vincula con la especialización del conocimiento y se asocia con el uso de técnicas, “monopolio masculino por excelencia” y explica por qué el trabajo de cuidado principalmente encaminado a la satisfacción de las necesidades de las personas, mantener la vida y a construir un mundo común, no sea considerado como una profesión económicamente remunerada o respetada socialmente.

En torno al cuidado, en la división sexual de trabajo las mujeres son obligadas a cuidar desde la infancia hasta una edad avanzada; sin valorar su trabajo, prestándolo sin remuneración económica, como parte de las obligaciones familiares, haciéndolo invisible a la familia y a la sociedad (Batthyány, 2015), (Moreno, 2018). Además, estas mujeres

han empleado su fuerza de trabajo en cuidar a otros, se encuentran al final de su vida sin recursos físicos, económicos, sociales o políticos para ser cuidadas (Haug, 2013). Por otra parte, los cambios demográficos, el proyecto emancipatorio de las mujeres y la ausencia de políticas públicas de cuidado, crean una “crisis de los cuidados”; como lo expone Amaia Pérez (2006), esta tensión de los cuidados tiene un eje central de género, debido a la repartición desigual de los trabajos de cuidados, asociado a las relaciones de poder intrafamiliares y la naturalización del cuidado femenino.

A lo expuesto, se suma la transformación de la estructura y dinámica socio familiar con la disminución de número de integrantes en la familia nuclear; así, la principal fuente de personas cuidadoras es cada vez más reducida para dar adecuada respuesta a las necesidades de cuidado de sus miembros dependientes (Moreno, 2002). Un elemento a destacar es la progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral, sin una corresponsabilidad en las labores domésticas y apoyo al cuidado por parte del hombre en el núcleo familiar (Bover y Gastaldo, 2005). Cada vez hay un menor número de personas cuidadoras, en su mayoría mujeres que asumen grandes responsabilidades de cuidado en sus hogares, debido a la falta de otras personas en la familia que puedan participar en esa atención.

Otro punto a tener en cuenta es el ciclo de vida de la cuidadora; según Durán (2017), las mujeres mayores de 65 años ejecutan este tipo de trabajo, el cuidado de los enfermos crónicos y otros dependientes, como una ocupación a tiempo completo, especialmente intensa entre las mujeres. Además, la mayoría de ellas carecen de pensiones de jubilación propias y, sin embargo, contribuyen al bienestar de sus familias. Las mujeres no tienen una pensión de jubilación en la edad en la que los varones acceden a ella, principalmente porque no han participado o han interrumpido su incorporación al mercado laboral por ejercer tareas de cuidado a los miembros de su

propia familia (Pérez, 2016).

El tener un enfermo crónico en el núcleo familiar y la ausencia de recursos para contratar un cuidador, en muchos casos es un incentivo para el abandono del empleo. Además, las mujeres son quienes devengan menores salarios; por lo que, al dedicarse a este trabajo, la pérdida de ingreso familiar es menor (Durán, 2017). A esto se suma la división de papeles dentro de los hogares; en la que, aunque la mujer trabaje de tiempo completo fuera del hogar, emplea un 54% más tiempo en el cuidado que los hombres con empleo (Durán, 2017). Esta es una gran diferencia, que supone una mayor carga de trabajo femenino. La dedicación de las mujeres al cuidado no remunerado del sector doméstico se traduce en la disminución del tiempo que invierten en ellas mismas, que deberían emplear en tener mayor formación o mejorar las condiciones para búsqueda de empleo. El cuidar a un paciente crónico de su núcleo familiar no es una dedicación sin consecuencias a mediano y largo plazo (Barrera et al, 2010).

En este sentido, la desigual dedicación del tiempo en las actividades de cuidado y apoyo a las personas en el hogar tiene resultados económicos; estas desigualdades de las labores de cuidado y el trabajo no remunerado causan un círculo vicioso, que limita las posibilidades de las mujeres, siendo las de los hogares más pobres las más afectadas (Peña y Uribe, 2013).

Economía del cuidado

La noción de economía del cuidado se refiere a un área de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relacionados a cubrir las necesidades básicas para la existencia y reproducción de las personas; se produce en las sociedades en las que viven e incluye aquellos elementos necesarios para el cuidado o nutrición de las personas, que son imprescindibles para sobrevivir en sociedad (Rodríguez,

2007).

El cuidado es un trabajo, se asocia a la economía cuando se incorporan estas actividades a la forma en que generan, o contribuyen a generar valor económico. Entonces, la economía del cuidado es la relación existente entre la forma en que las sociedades establecen el cuidado de sus miembros y el funcionamiento del sistema económico (Rodríguez, 2007). Partiendo del anterior concepto, la economía del cuidado se presenta como el espacio donde la fuerza de trabajo se reproduce y se mantiene en todas aquellas actividades que involucran la atención de los miembros del hogar, la crianza de los niños, las tareas de cocina y limpieza, el mantenimiento general del hogar y el cuidado de los enfermos o personas con discapacidad (Rodríguez, 2005).

El trabajo de cuidado no remunerado según Rodríguez (2007) abarca actividades de relación interpersonales establecidas entre el proveedor del bien o servicio de cuidado y receptor de este. Es por esto, que sea difícil de ver como una actividad económica propiamente dicha; por otra parte, existe la idea generalizada que las mujeres son aptas por naturaleza para cuidar a su familia, incluyendo a los mayores y enfermos. La especialización de las mujeres en las tareas de cuidado es un constructo social, basada en estructuras de poder, por lo que este proceso social y cultural separa la producción económica y la reproducción de la vida, causando exclusión y segregación de las mujeres en el mercado de empleo (Rodríguez, 2007).

Para que el mercado y la producción de capital puedan funcionar es fundamental el cuidado de la vida en los hogares, por lo que criar y mantener a sus integrantes saludables, con estabilidad emocional, seguridad afectiva, capacidad de relación y comunicación, son capitales para el funcionamiento de la esfera mercantil capitalista (Folbre, 1995).

El cuidado de las personas, sus condiciones de vida, su estabilidad y seguridad emocional es un tema del ámbito privado que se resuelve en familia. Sin embargo, como se expuso, hace parte de un entramado de orden social, político y claramente económico; desde otra perspectiva la gestión del cuidado presenta una tensión importante, por cuanto las mujeres se ven forzadas a negociar su independencia y autonomía económica en favor del cuidado de su núcleo familiar, favoreciendo condiciones de mayor desventaja y vulnerabilidad (Carrasco, 1999).

Valor económico del trabajo de cuidado

Existen dificultades para integrar el trabajo de cuidados en los modelos económicos. Para poder realizarlo es necesario valorar monetariamente estas actividades para establecer salarios acordes al trabajo no asalariado que se produce al interior de los hogares (Carrasco, 2011). Una manera de poder acercarse son las mediciones del uso de tiempo. Aunque, estas también presentan dificultades debidas al carácter subjetivo que dificulta dar un valor económico.

Medir el tiempo de trabajo permite identificar las actividades que realiza el cuidador, cuantificarlas y trasladarlas para dar un valor económico para que se traduzcan en un salario, esto es en dinero. El tiempo utilizado en el cuidado, deja de ser ausente de contenido, descontextualizado y no cuantificable, para tener un resultado económico tangible, pasa de tener un valor abstracto a uno real, generador de bienestar. Cuando el tiempo empleado en cuidar se convierte en dinero, se convierte en parte del sistema productivo (Adam, 1999).

Con el ánimo de medir el impacto del trabajo femenino no remunerado en la economía colombiana, la Ley 1413 de 2010 obliga a incorporar una cuenta satélite con medidas y realizar la Encuesta Nacional de uso de Tiempo (ENUT) como método para aproximar el aporte al PIB del trabajo no

remunerado de mujeres.

A continuación, se presentan datos de la ENUT 2017 sobre uso del tiempo, en actividades de cuidado y apoyo relacionado con enfermedad crónica, en los siguientes apartados:

Apoyo a personas del hogar:

Es el conjunto de actividades que incluye: aconsejar o consolar a personas del hogar, ayudar con tareas o trabajos escolares, acompañar a citas médicas, odontológicas, urgencias, terapias u otras atenciones en salud y/o llevar o traer a personas del hogar al sitio de estudio, trabajo o a eventos culturales deportivos o recreativos.

Cuidado físico de personas del hogar:

Es el conjunto de actividades que incluye: alimentar a una persona o ayudarlo a hacerlo, bañar o vestir a una persona o ayudarlo a hacerlo, suministrar medicamentos y/o hacer terapias o dar tratamiento a enfermedades.

Cuidado pasivo (estar pendiente) a personas del hogar:

El término estar pendiente debe entenderse como la actitud de alerta, atención y preocupación por las actividades, estado anímico, de salud o necesidades de otra persona del hogar. Esta actividad puede ser presencial o no.

Cuidado personal:

Es el conjunto de actividades que incluye: asistir a citas médicas, odontológicas, terapias u otras atenciones en salud, dormir, comer, asearse, bañarse, vestirse, ir a la peluquería, salón de belleza o spa y/o descansar.

Suministro de alimentos para las personas del hogar:

Es el conjunto de actividades que incluye: preparar y servir alimentos, levantar los platos o lavar la loza, llevarle la

comida a personas del hogar al sitio de trabajo o estudio.

Existen dificultades para realizar este tipo de análisis; un ejemplo es el desconocimiento de la estructura de gastos y costos asociados al cuidado en la economía familiar. Por esta razón, investigadoras como Montoya y colaboradoras (2017) proponen encontrar variables para desarrollar una metodología analítica que sirva de insumo a los cuidadores y a sus familias, y de esta manera poder identificar el impacto económico familiar de cuidar a una persona con enfermedad crónica y evaluar el impacto de estos gastos en la calidad de vida de las personas que viven esta experiencia.

Cuidado a personas directo e indirecto

El cuidado del paciente crónico en los hogares incluye una gran cantidad de actividades necesarias para mantener la vida digna. Para esto, se requiere hacer una distinción entre las actividades directas de cuidado personal y las actividades indirectas de cuidado. Por ejemplo, en el cuidado personal directo algunas de las actividades son ayudar al enfermo a lavarse, vestirse, comer, tomar medicinas, ir al baño, desplazarse, o acompañarle a una cita médica (Duque, 2015). Según Durán (2017), es escasa la información sobre el tiempo dedicado a cada una de estas actividades o el conjunto de ellas. Las anteriores actividades pueden delimitarse en el tiempo, pero otras como brindar compañía, vigilancia, o estar disponible no pueden ser medidas en términos específicos de tiempo.

Por otra parte, están las actividades de cuidado personal indirecto como la limpieza general del hogar, preparación de comidas, compras y mantenimiento de la ropa (Duque, 2015). Las actividades de cuidado indirecto se realizan para todos los miembros del hogar, por lo que es difícil estimar la proporción correspondiente a cada uno. En la siguiente tabla se resumen este tipo de actividades:

Tabla 1: Servicios de cuidado producidos en los hogares

Generados por el servicio	Tipo de servicio	Actividades
En bienes de consumo	Cuidado directo	Ayuda al enfermo a lavarse, vestirse, comer, tomar medicinas, ir al baño, desplazarse, o acompañamiento a citas médicas o terapias.
En condición física de las personas	Cuidado indirecto	Preparación de alimentos, limpieza del hogar, mantenimiento de ropa, compra o autorización de medicamentos.
En condición psicológica y emocional de las personas	Cuidado directo /indirecto	Apoyo a miembros del hogar, soporte emocional, vigilancia y disponibilidad.

Fuente: Propia, adaptado de Duque, 2015

Cálculo del costo de las actividades del cuidado y apoyo a personas en Colombia

El enfermo crónico dependiente y su familia se ve afectado económicamente por la enfermedad, así como por la imposibilidad de generar recursos y los altos costos de tratamientos, medicamentos, rehabilitación y además del cuidado, lo que lleva a que uno de los miembros deba retirarse de su empleo, dejar de percibir ingresos económicos para el sustento para dedicarse al cuidado de su familiar.

A nivel nacional, Colombia destina en subsidios sociales la tercera parte del Presupuesto General de la Nación a través de 62 programas para este fin, y sus beneficios llegan a millones de familias. Sin embargo, estos programas no llegan a la totalidad de las familias; algunos ejemplos son los siguientes:

En pensiones, se destinaron para 2017 18 billones, de los cuales el 52% corresponden a subsidios para personas de clase media consolidada y de estrato alto. Las personas de clase media con ingresos menores a 7,5 millones de pesos anuales recibieron en el 2015 el 30,4% de todos los subsidios dados ese año, por encima del porcentaje que sumaron juntos los hogares en pobreza extrema y pobreza, que tuvieron apenas el 28,2%. En otras palabras, el 20% de la población de mayor ingreso recibe el 50,8% del total de subsidios, mientras que el 20% más bajo recibe tan solo el 4,3%. Esto muestra la gran proporción de personas con recursos económicos bajos que acceden a los beneficios pensionales en el país (Departamento Nacional de Planeación- DPN, 2016).

Colombia está clasificado según su régimen de bienestar por Juliana Martínez Franzoni (2007) como de tipo familiarista, pues, “la mayoría de la población depende sólo de arreglos familiares [y] el Estado no tiene presencia importante”, para esta investigadora el país está lejos de “alcanzar niveles que evidencien que el Estado intervenga de manera considerable en los proceso de cuidado y búsqueda del bienestar de la población”, esta situación es debida a la falta de políticas públicas en este sentido y a las restricciones fiscales. Avanzar hacia la “desfamiliarización” de la provisión de bienestar, debe ser un tema central para que el Estado regule las cargas del cuidado por la vía del gasto público social, como lo sugiere Moreno (2018).

Entrando en el tema, y de acuerdo a los resultados alcanzados en la última encuesta realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE a diciembre de 2017, sobre el Trabajo Doméstico y de Cuidado No Remunerado (TDCNR), se logra determinar que, a diciembre de 2017, se dedicaron en el país 36.508.827 horas al mantenimiento y cuidado familiar, de las cuales el 78% lo realizaron las mujeres, es decir, 28,6 millones de horas, mientras que los hombres sólo dedicaban el 22% de las horas

al cuidado. Cifras que muestran una gran cantidad de horas dedicadas a trabajo de cuidado y apoyo dentro de los hogares, y que son realizadas por mujeres en su mayoría. Estas horas de trabajo no tienen reconocimiento, por lo que contabilizarlas es un paso muy importante para identificar su valor económico en Colombia. Las principales actividades de cuidado no remunerado en el hogar se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 2: Actividades de trabajo doméstico no remunerado en Colombia (horas) 2017

Actividades	Hombres	Mujeres	Total
Suministro de Alimentos	1.671.895	11.188.832	12.860.727
Cuidado y apoyo a personas	1.480.412	4.739.808	6.220.220
Limpieza y mantenimiento del Hogar	2.359.191	6.679.855	9.039.046
Mantenimiento de vestuario	472.890	3.467.860	3.940.750
Compras y administración del hogar	1.723.456	2.006.968	3.730.424
Voluntariado	190.180	527.481	717.661
Total	7.898.024	28.610.804	36.508.828

Fuente: Informe Valor económico TDCNR e Indicadores de Contexto 2017 – Cuenta Satélite Economía del Cuidado – DANE, agosto 2018.

De manera similar, la encuesta de cuidado del hogar arrojó que las horas dedicadas al cuidado de personas asciende a 6,2 millones de horas, lo que corresponde al 17% del total de horas, de las cuales 4,7 millones de horas al cuidado de personas lo efectúan mujeres y 1,4 millones de horas dedicadas al cuidado son realizadas por hombres.

De acuerdo con lo anteriormente descrito, se puede observar que los costos que asume la familia colombiana por el trabajo del cuidado de la familia ascienden a \$118.842 millones pesos anuales, que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 3 Costo anual a diciembre 2017 del Cuidado de la Familia

Actividades	Hombres	Mujeres	Total	% *
Suministro de Alimentos	5.442,31	36.421,61	41.863,92	35%
Limpieza y mantenimiento del Hogar	7.679,58	21.744,10	29.423,68	25%
Cuidado y apoyo a personas	4.819,00	15.428,90	20.247,90	17%
Mantenimiento de vestuario	1.539,34	11.288,49	12.827,83	11%
Compras y administración del hogar	5.610,15	6.533,03	12.143,18	10%
Voluntariado	619,07	1.717,04	2.336,11	2%
Total	25.709	93.133	118.843	100%

Fuente: Informe Valor económico TDCNR e Indicadores de Contexto 2017 – Cuenta Satélite de Economía del Cuidado – DANE, agosto 2018. (* **Concentración Costo Actividades**)

Para el año 2021 el Ministerio del trabajo, mediante el Decreto 1785 de 2020 estipula para el año 2021 en pesos colombianos: Salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) \$ 908.526, Auxilio de transporte \$ 106.454, Valor día (Salario/30) \$ 30.284 y el Valor hora (Salario/240) \$

3.785 (Ministerio del Trabajo, 2020). Según estas cifras para el año 2021 el trabajo de cuidado y apoyo realizado por mujeres ascenderá a \$17.940.173.280 pesos colombianos, tomando como base el valor de hora del salario mínimo.

Sin embargo, como se ha señalado, las dificultades para separar las actividades del cuidado y apoyo de las demás actividades de cuidado directo e indirecto indican que esta cifra es mayor. Además de estos costos, se deben considerar aquellos que generan una carga mayor en el presupuesto familiar como son los transportes, sobrecarga de servicios básicos como luz y agua, el tiempo de las personas para cuidar y desplazarse a los trámites requeridos, entre otros. El Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias, 2015) así lo indica en las cinco macro regiones geográficas del país, lo que genera para las familias, y en especial para el cuidador familiar, una sobrecarga del cuidado estrechamente vinculada con el costo económico del cuidado.

En esta misma línea argumentativa, Pedrero (2008) expone que las metodologías para calcular el costo económico del cuidado familiar de salud no remunerado aún tienen dificultades; sin embargo, una buena aproximación empieza con la medición del tiempo involucrado en brindarlos identificadas en las encuestas de uso del tiempo. Otras dificultades en la valoración del cuidado de la salud familiar, implica medir las diferentes actividades que componen este trabajo. Para realizar esta valoración los datos se obtienen indirectamente, basados en cifras que no existen en los registros administrativos y que sólo se podría extraer parcialmente de las estadísticas epidemiológicas de los sistemas de salud (pacientes con diabetes, hipertensión, cáncer, entre otros), debido que éstas no contienen al gran universo de pacientes que no acuden a los sistemas de salud.

Costo financiero del cuidado de la enfermedad crónica

La enfermedad crónica representa un gran impacto económico para las familias colombianas, como lo evidenció el “Estudio de disminución de la carga de la EC en Colombia”, donde se analizó la proporción en que los asuntos financieros preocupaban a los cuidadores familiares, encontrando que el 89% de ellos la refiere y que se asocia con ingresos insuficientes y dificultad para responder por las necesidades familiares básicas como el pago de alquiler, los gastos de alimentación, el pago de deudas, los gastos en salud, el pago de servicios públicos y el transporte (Montoya et al, 2017).

El Programa para la Disminución de la Carga de la Enfermedad Crónica en Colombia (Rodríguez et al, 2008) y la Universidad Nacional de Colombia han realizado estudios tendientes a medir la carga de la enfermedad crónica para las familias; este es un primer paso que permite obtener, organizar y analizar los datos, en este caso relacionados con el costo del cuidado de la EC (Mayorga et al., 2015), (Montoya et al., 2017), (Sánchez et al., 2016). La medición del costo de la enfermedad crónica se realiza con una metodología validada, realizada en las familias, empleando la encuesta “Costo financiero del cuidado de la Enfermedad crónica” de Mayorga et al. (2015), este instrumento pretende medir el consumo real efectivo familiar y determinar cuál es el nivel de carga que causa este consumo.

Para valorar un costo financiero se revisa el ingreso disponible, el consumo y el ahorro, asumiendo que el ingreso familiar disponible (Y_d) se destina al consumo (C) y el ahorro (S). El cuidado de una persona con EC implica un consumo que antes no existía. Si se llama C_c a ese consumo que se asocia con el cuidado, y C_x al consumo anterior a la enfermedad, entonces el consumo actual es igual a la suma de los dos, y el ingreso disponible se calcula como $Y_d = C_c + C_x + S$ (Montoya et al, 2017).

Partiendo de lo anterior, para una familia que cuida a una persona con EC existen tres posibles escenarios: primero, que

el ingreso disponible permanezca igual; segundo, que disminuya porque la EC conlleva el abandono de la actividad económica del paciente o de su cuidador; tercero, que aumente por la obtención de una pensión de invalidez, caso que es menos frecuente. Como consecuencia, puede haber dos fenómenos: un aumento del consumo total, con la disminución del ahorro, si el ingreso no aumenta en la misma proporción, o la sustitución del consumo habitual por el consumo que causa el cuidado de la persona con EC, si no existe un ingreso adicional igual o mayor que el nuevo consumo; estos fenómenos pueden suceder conjuntamente (Montoya et al, 2017).

Estos estudios han permitido conocer de manera científica el esfuerzo económico de los pacientes y sus familias enfrentan con el cuidado del enfermo crónico. El establecer elementos de análisis se convierte en un insumo fundamental que permite la medición y hace posible la comparación del cambio del comportamiento de consumo y gasto de las familias que afrontan el cuidado (Dantés et al, 2011), (Lozano et al, 2009). Sin embargo; el tipo de encuestas presentan para su realización dificultades como, por ejemplo, el desconocimiento de la estructura de gastos en las familias y de los costos asociados al cuidado. Desde la utilización de las primeras encuestas se ha reflejado la comprensión de la enfermedad crónica, como una experiencia vital compleja que impacta la vida cotidiana del grupo familiar y podrá ser útil e importante como un aporte a la cuantificación de la carga financiera en estos procesos de vida.

Cuando se aplican este tipo de metodologías emergen costos familiares relacionados con el aumento en los servicios de electricidad, agua, gas, elementos de higiene personal, transporte público y privado, atención a visitas, servicio doméstico, gastos de diligencias médicas, medicamentos que no están en los regímenes de beneficios y algunos alimentos especiales. Todos estos gastos asociados al cuidado del

enfermo crónico, sumado a la disminución de los ingresos familiares representan hasta el 76% de los ingresos familiares (Páez et al, 2020).

Retomando el tema, una aproximación al cálculo de horas empleadas al cuidado de pacientes crónicos es el estudio realizado por Sánchez et al (2016) para medir la carga financiera del cuidado familiar del enfermo crónico en la Región Andina de Colombia. Con respecto al número de horas de ayuda requeridas para el cuidado de la persona con enfermedad, de acuerdo con los receptores, son 6 horas o menos en el 48,8% de casos, el 17% considera que son de 7 a 12, y el 23% que son 13 horas o más. Este mismo requerimiento de tiempo de acuerdo con los cuidadores familiares es de 6 horas o menos para el 29,9%, de 7 a 12 horas para el 27,9% y de 13 a 24 horas para el 42,2%. Estas cifras permiten observar una disparidad entre lo percibido por el enfermo y el cuidador, donde claramente el cuidador reporta casi el doble de horas empleadas, frente a las percibidas por el receptor del cuidado; es preocupante que más del 70% de los cuidadores reportan entre 7 y 24 horas de trabajo de cuidado durante los 7 días de la semana, lo que excede claramente una jornada laboral de 48 horas semanales en Colombia.

Otro estudio realizado por Jaimes (2018) en Bucaramanga, Departamento de Santander, encontró una media de 19,75 horas diarias dedicadas al cuidado de pacientes familiares, si se hace el cálculo a horas de salario 2021 durante 20 días al mes daría un total de \$ 1.474.150 pesos colombianos y para los 30 días \$ 2.211.225 pesos (el salario mínimo para el año 2021 es de \$ 908.526 pesos); o visto de otra manera serían 592 horas mensuales de trabajo, que sobrepasan casi tres veces las 205 horas de jornada laboral mensual en Colombia.

Costo del trabajo de cuidado femenino

Para poder realizar el cálculo del costo del trabajo femenino en el cuidado y apoyo a pacientes crónicos, las investigadoras Peña y Uribe (2013) plantean tres métodos: El primero es el “costo de oportunidad”, se realiza asignando un valor económico al trabajo no remunerado según el dinero que se deja de ganar por estar realizando las labores del hogar; el segundo método o “costo de reemplazo” equipara el salario por horas trabajadas de las personas en el mercado laboral con características educativas similares; y el tercero es el llamado “costo de sustitución”, se logra partiendo del precio de mercado de lo producido o del pago de una persona que realiza una actividad similar.

El método de “costo de oportunidad” presenta problemas al comparar mujeres de las zonas rurales con las de las zonas urbanas con la misma educación, por cuanto los salarios urbanos son más fáciles de calcular, llevando a una subestimación del cuidado femenino en áreas rurales. Otra dificultad de este método es comparar el trabajo de mujeres mayores con otras más jóvenes, quienes tienen mayores probabilidades de aumentar sus capacidades educativas y laborales.

El segundo método da valor económico al cuidado femenino de acuerdo con el pago que reciben las mujeres que realizan las actividades de trabajo doméstico o cuidado remunerado y se denomina “costo de reemplazo”. En este método se calcula el salario por hora de las mujeres que trabajan de manera remunerada (generalmente el salario mínimo), y se les transfiere este salario a las mujeres que cuidan en sus hogares. Este método tiene grandes ventajas, es práctico, de fácil implementación y pudiera ser universal para la población. Sin embargo, también presenta inequidades relacionadas con la edad de la cuidadora, la carga de cuidado, el área en el que se encuentra y sus necesidades económicas.

El tercer método, llamado “costo de sustitución”, otorga valor al cuidado partiendo del precio de mercado del cuidado producido o del pago de una persona que realiza una actividad similar. Este método desagrega las actividades realizadas por la cuidadora y les asigna el valor del mercado. De una parte, es un método más justo, en términos de valorar las actividades de cuidado, pero es difícil de implementar por la desagregación y simultaneidad de las actividades de cuidado; por ejemplo, lavar la ropa, mientras se preparan los alimentos y se realiza cuidado pasivo del familiar enfermo.

Como lo exponen Peña y Uribe (2013) el “método de costo de reemplazo” es el que presenta mayores beneficios al momento de plantear Políticas Públicas que reconozcan el trabajo de cuidado femenino. Sin embargo, y como lo advierte Pedrero (2008) el promedio del salario se toma basado en encuestas nacionales y acuerdos con sectores económicos, que normalmente no incluyen las dificultades de cuidar en zonas rurales. Esta metodología es un gran avance que permite un ligero acercamiento hacia el trabajo de cuidado femenino. Si bien muestra un reconocimiento económico, no es posible afirmar que considere de forma diferenciada a la mujer que cuida en sus diferentes contextos.

La feminización del cuidado y su conexión con el bienestar familiar se extiende al terreno de la salud. Es así que las mujeres, cumpliendo la obligación que asigna la sociedad deben ocuparse de los procesos de atención en salud, y en particular de atender a la enfermedad (Dobree, 2018). Es en el ámbito doméstico familiar donde el enfermo se recupera, se cura, mantiene su vida o muere. Es evidente que el proceso Salud-Enfermedad- Cuidado comprende los elementos necesarios para mantener la salud, atender la enfermedad y mantener el bienestar y la calidad de vida (Chaparro et al, 2016). Es por esta razón que Michalewicz et al (2014) plantean que el cuidado es una parte del entramado complejo de la atención de salud, y puede considerarse como un nivel

de atención equiparado al nivel de los especialistas y del sistema institucional.

Dentro de los hogares los cuidadores familiares se escogen entre los integrantes que no tienen un trabajo formal o aquellos que tienen más tiempo libre; es por esto que los escogidos son aquellos que reciben menos ingresos, además, en estas personas hay un alto nivel de estrés, teniendo en cuenta que esta actividad la deben desarrollar todos los días sin descanso (Gélvez et al, 2014),

El modelo tradicional de la atención en salud se encuentra dentro de un marco de referencia institucional, donde el Estado, las instituciones prestadoras de servicios, los recursos y saberes configuran el sistema médico-sanitario. Desde esta perspectiva, el cuidado como práctica fundamental para lograr el bienestar integral de las personas y la recuperación de su salud es invisible (Dobree, 2018). Es por tanto que los cuidados prestados en los hogares forman parte indispensable para que las personas se desarrollen en términos físicos, psíquicos y sociales y se mantengan activas, productivas y sanas; contribuyendo al sistema económico, productivo y generando capital social para el país. (Picchio, 2009)

Para la legislación colombiana, cuando se habla de cuidadores familiares, se hace referencia a una persona que asume la responsabilidad del cuidado de un familiar quien vive una situación de dependencia, y requiere asistencia y apoyo para realizar las actividades de la vida diaria. Este cuidador familiar participa y asume de manera solidaria las decisiones y conductas requeridas para garantizar la dignidad de la persona cuidada, requiere para ello apoyo de una red social y del Estado (Proyecto de Ley 169 de 2019).

Al respecto el Ministerio de Salud y Seguridad Social señala en su Artículo 3 “Se entiende por cuidador, aquella persona que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufra una

enfermedad grave, que dependa totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas”.

Se entiende así, que los cuidadores familiares brindan un apoyo a personas que ostentan condiciones de alta vulnerabilidad física o mental, quienes son sujetos de protección especial por parte del Estado, la sociedad y la familia, para realizar sus tareas cotidianas y orgánicas que no pueden ser desarrolladas de manera independiente. La percepción del cuidado familiar de una persona del núcleo familiar se considera un apoyo, más no un trabajo como se ha venido presentando.

El trabajo de cuidado desde el punto de vista de los cuidadores es un terreno es disputa: Por una parte aquellos que prestan sus servicios en el mercado o “trabajadores del cuidado”, como los auxiliares o ayudantes de enfermería quienes tienen un “saber experto” por el cual se paga, y por el otro, los familiares quienes no pueden ser incluidos en este tipo de categoría, y en este caso su saber se expresa como “ayuda” o “asistencia”, aun cuando, la mayoría realizan actividades de tipo técnico que han aprendido de los “trabajadores del cuidado” su “saber” se desconoce. Es, por tanto, que se debe incorporar a los debates del cuidado las certificaciones de competencias de los cuidadores informales, a fin de obtener reconocimiento social y económico a su conocimiento y experticia (Esquivel, 2011).

La solicitud del reconocimiento económico del trabajo del cuidado familiar se ha presentado en varias ocasiones para su revisión, ante lo cual la Corte Constitucional ha indicado en la Sentencia T-065/2018: “el cuidador es un servicio que, en estricto sentido, no puede ser catalogado como de médico, al menos en principio, debe ser garantizado por el núcleo familiar del afiliado y no por el Estado”. Lo anteriormente citado niega el reconocimiento del cuidador familiar, asumiéndolo como un servicio no médico eximiendo a las

Empresas Prestadoras de Servicios de salud a la cual esté afiliado y al Estado de su responsabilidad. Es importante recalcar que el sistema de salud ha excluido expresamente el “servicio” de cuidador como está expresado en la Resolución 5267 del 22 de diciembre de 2017 del Ministerio de Salud y de la Protección Social.

En otra Sentencia, la T-096 de 2016 señala que el cuidado de las personas dependientes radica en los familiares debido al principio de solidaridad y como una obligación moral del núcleo familiar. Esta sentencia señala además que, en caso de no tener capacidad física o económica para hacerlo, el servicio de cuidador a domicilio será proporcionado por el Estado.

El anterior panorama plantea posiciones contradictorias del Estado colombiano con respecto al cuidado. Por una parte, lo consideran un “servicio”, desconociendo las actividades de cuidado y apoyo a las personas, que ya han sido identificadas mediante las Encuestas de Uso de Tiempo y por el otro lo eleva a una categoría de “altruismo familiar” bajo la figura de la solidaridad, a la que sólo está obligada la familia y exceptuados los prestadores de servicios de salud y el Estado.

En este punto parece haber un callejón sin salida. Se ha hecho un recorrido teórico sobre el valor del trabajo de cuidado realizado por una mujer que cuida a un enfermo crónico de su familia sobre las diversas formas de calcular este valor y el impacto en la economía familiar y nacional del cuidado; sin embargo, al menos para la Corte Suprema de Justicia el trabajo de cuidado femenino se considera una obligación moral sin valor económico.

Conclusión

El cuidado de la integridad del cuerpo físico, los afectos y el mantenimiento de la vida, han sido el eje central de la humanidad, lo que ha facultado el desarrollo de las

sociedades en términos biológicos, además del desarrollo de vínculos y relaciones, para hacer la vida más vivible, sostenible y sustentable.

Este cuidado del cuerpo y de la vida está inmerso en la división sexual del trabajo y la caracterización del cuidado como de naturaleza femenina; lo que se refleja en contextos sociales, políticos y económicos contradictorios: Por una parte, se ha dotado de cualidad moral y altruista, pero por otra parte se le otorga un escaso, sino nulo valor económico. Partiendo de estos principios a la mujer se le fuerza a cuidar, como lo expresa Evelyn Glenn (2010) eliminando su proyecto de vida personal, educativo y laboral en el cumplimiento de su “naturaleza femenina” para encontrarse al final de su vida sin recursos económicos para hacerse cargo de sí misma, en condiciones de alta vulnerabilidad y fragilidad social.

La feminización del cuidado no remunerado plantea varias dimensiones de la desigualdad. La primera es la de género; la división sexual del trabajo asigna a las mujeres la mayor carga de trabajo de cuidado, mientras que los hombres son eximidos de esta responsabilidad. La segunda, es la desigualdad económica; las familias más pobres encuentran en el cuidado de los otros una estrategia para sobrevivir día a día. Sin embargo, estas mismas familias son las que cuentan con menores posibilidades de ser cuidados; ya sea, a través de servicios públicos o por la vía del mercado. La tercera es la desigualdad intergeneracional; la responsabilidad del cuidado en muchos casos se transfiere a aquellos que deberían ser cuidados, como las niñas que se ocupan de sus hermanos menores o mujeres muy ancianas que cuidan a sus nietos o a sus parejas. La cuarta es la desigualdad de tiempo; las mujeres emplean una gran cantidad de horas al día en el cuidado, lo que las deja sin tiempo para realizarse personalmente.

Es por esta problemática y por las diferencias en la valoración y distribución del trabajo de cuidado, que se afecta

de manera adversa la igualdad de género y la autonomía de las mujeres y, además, esta invisibilidad se refleja en la ausencia de políticas públicas de protección a las mujeres que trabajan cuidando gratuitamente en sus hogares. Aunque hay algunas en Colombia como el Sistema Distrital de Cuidado, se quedan cortas ante la magnitud de aspectos que involucra cuidar a un familiar con una enfermedad crónica.

El costo económico del trabajo de cuidado y apoyo a las personas en Colombia ascendía en 2017 a 118.843 millones de pesos colombianos y el de las mujeres 93.133 millones de pesos, cifras que tienen un alto aporte al Producto Interno Bruto del país y que sin embargo no representan bienestar económico para quienes realizan este trabajo.

El cuidado no remunerado de un paciente crónico es un proceso complejo, ya que incluye elementos conceptuales, teóricos, sociales, económicos y políticos particulares. Estos elementos conforman un tejido delicado en el que, si falla uno de sus componentes, los demás se verán afectados de manera negativa, causando problemas para la reproducción social y el bienestar de las personas. Una enfermedad crónica afecta de manera importante la economía familiar al disminuir los ingresos, aumentar los gastos y disminuir los ahorros. Existen metodologías para medir la carga económica de la enfermedad, que han sido muy útiles para visibilizar y argumentar la necesidad de dar ayuda económica a las familias, para ser incluidas en la Políticas públicas. Sin embargo; estas aún no se han concretado en leyes que protejan la economía de las familias aquejadas por la enfermedad de uno de sus miembros.

Pero; por otra parte, es difícil estimar un valor al trabajo sin remuneración realizado por las mujeres en sus hogares. Una mujer que cuida en su casa a un paciente crónico hace actividades de trabajo doméstico, otras propias del cuidado y apoyo a personas que son difíciles de delimitar. Existe un problema desde la terminología con que se designa este tipo

de trabajo. La separación entre los diferentes tipos de trabajo no es definida, más bien es porosa, cambiante y flexible, casi invisible.

Las teorías económicas clásicas se quedan cortas al intentar dar un valor económico al cuidado de un enfermo crónico en el hogar, porque se excluye del marco de análisis el proceso de reproducción de la vida, en el que se consideran las condiciones vitales como un efecto final de la producción. Este análisis económico debe incorporar las fuerzas dinámicas y complejas que orientan los procesos del cuidado de la vida de hombres y mujeres, en este caso afectados por enfermedades crónicas y que están vinculadas a necesidades de cuidado físico, emocional, incertidumbres e inseguridades.

Las metodologías que se pueden emplear para estimar el valor del trabajo de cuidado de un paciente crónico presentan dificultades para su implementación, además no contemplan las varianzas de educación, nivel económico, ruralidad, edad de las cuidadoras, lo que aumentaría elementos en esta complejidad e inevitablemente producen inequidades. Sin embargo; el método de “costo de reemplazo” es el más fácil y práctico de establecer en las políticas públicas. La renta básica es más que una solución para estas mujeres, es el reconocimiento económico a su trabajo. Además, es una cuestión de reproducción y trabajo, por lo cual es importante instaurar en la sociedad la idea que la reproducción y el cuidado en la familia es trabajo, entonces las mujeres que cuidan a sus familiares enfermos crónicos deberían acceder a los beneficios de un trabajador formal (Gómez, 2008). Cuidar debería ser una elección, no una obligación y de elegir hacerlo, se debe tener acceso a la seguridad social de manera contributiva por estar realizando un trabajo.

Pretender establecer un valor económico al proceso de cuidar a un paciente crónico es una idea parcial, que incluye elementos de difícil mercantilización como el apoyo emocional y espiritual. Por lo anterior, es necesario

incorporar una perspectiva económica feminista del cuidado, con una visión ampliada que incorpore la experiencia de las mujeres; esto permitiría reformular los conceptos básicos del análisis económico, presentar nuevos marcos de análisis y elaborar políticas públicas que den respuesta a la realidad de mujeres y hombres.

De otra parte, la salud es un bien tutelado por el Estado de derecho y su tratamiento no constituye un asunto individual sino institucional, social y político. Reconocer el cuidado realizado por las mujeres no remunerado como componente del proceso Salud-Enfermedad-Cuidado debería ser un compromiso político asumido por la inmensa mayoría de los gobiernos; ya que, en la conferencia de la mujer realizada en Pekín en 1995, aceptó la propuesta de Naciones Unidas de reformar el Sistema de Cuentas Nacionales para rescatar de la invisibilidad al trabajo no remunerado e incorporarlo plenamente a todas las políticas sectoriales, incluidas las de salud.

En Colombia cuidar a los enfermos crónicos se considera como parte de la obligación familiar, sin valor económico. De allí la importancia de visibilizar y reconocer el valor del trabajo que realiza el cuidador dentro del ámbito familiar, máxime si el sistema de salud no contempla la compensación económica al cuidador. Es por todo lo anterior, que el pago del cuidado del paciente crónico debería estar a cargo de las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud.

En la medida en que los actores Estado-Mercado de la salud-Comunidad-Familia trabajen conjuntamente en el reconocimiento del valor del trabajo de la cuidadora familiar se podrá hacer un gran avance en mejorar la calidad de vida de las mujeres, disminuyendo las fuentes de inequidad de género. Un Estado y una sociedad que valora el cuidado, el mantenimiento de la vida y el bienestar de los más vulnerables está construyendo una economía de futuro y creando capital social, está fundando una “Sociedad del

cuidado” sensible a las necesidades y con enorme potencial económico.

Referencias

- Adam, B. (2001). *When time is money: Contested rationalities of time and challenges to the theory and practice of work*. Cardiff University. School of Social Sciences Working Papers Series. <http://orca.cardiff.ac.uk/id/eprint/78053>
- Arango, L. G., Molinier, P. y Orozco, C. (2011). *El trabajo y la ética del cuidado*. La carreta editores.
- Barrera, L., Pinto, N., Sánchez, B., Carrillo G. y Chaparro, L. (2010). *Cuidando a los Cuidadores*. Universidad Nacional de Colombia
- Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales*. CEPAL.
- Bover, A. y Gastaldo, D. (2005). La centralidad de la familia como recurso en el cuidado domiciliario: perspectivas de género y generación. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 9-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000100002>
- Carrasco, C. (1999). *Mujeres y economía: nuevas perspectivas para viejos y nuevos problemas* (Vol. 147). Icaria Editorial.
- Carrasco, C. (2011). La economía del cuidado: planteamiento actual y desafíos pendientes. *Revista de economía crítica*, 11, 208-225. https://www.socioeco.org/bdf_fiche-document-5304_es.html
- Carrasco, C. (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de relaciones laborales*, 31 (1), 39-56. https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2013.v31.n1.41627

- Crespo-López, M. y López-Martínez J. (2007). *El apoyo a los cuidadores familiares mayores dependientes: desarrollo del programa como mantener su bienestar*. IMSERSO.
- Colciencias, (2015). *Informe del Costo financiero del Cuidado de las personas con ECNT en Colombia, Unión temporal para el estudio de la Carga de la ECNT en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia, UDCA, Universidad de Santander, Universidad Mariana de Pasto.
- Chaparro, L., Barrera-Ortiz, L., Vargas-Rosero, E. y Carreño-Moreno, S. (2016). Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. *Rev. cienc. Ciudad*, 13(1), 72-86.
<https://doi.org/10.22463/17949831.736>
- Dantés, H., Castro, V., Franco-Marina, F., Bedregal, P., García, J. y Espinoza, A. (2011). La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Publica de México*, 53 (2), 72-77.
<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5029>
- Decreto 1785 del 29 de diciembre de 2020. Ministerio del Trabajo, República de Colombia.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=154126>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2018). Informe Valor económico TDCNR e Indicadores de Contexto 2017 – Cuenta Satélite de Economía del Cuidado.
https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/cuentas/ec/Bol_CS_Econo_cuidado_TDCNR_2017.pdf
- Dobree, P. (2018). *El nivel invisible de la atención a la salud: los cuidados en el hogar. Salud, enfermedad y pobreza urbana*, 163. Centro de Documentación y Estudios (CDE).

- Durán, M. (2008). *Diez buenas razones para medir el trabajo no remunerado en el cuidado de la salud*. En: Organización Panamericana de La Salud, La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. Editora OPS.
- Durán, M. (2017). *Los costes no sanitarios de la atención a los pacientes crónicos. Congreso nacional de Atención sanitaria al paciente crónico*. En Conferencia inaugural llevada a cabo en el IX Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, Oviedo, España. <http://www.congresocronicos.org/wp-content/uploads/2017/04/Libro-de-Comunicaciones-4-de-abril.pdf>
- Duque, G. (2015). Hogares y Cuidado Doméstico no Remunerado en Colombia. *Ensayos de Economía*, 25(47), 101-126. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/ede/article/view/56980>
- Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en América Latina*. PNUD.
- Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (2012) “*Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado*”, en Esquivel, V; Faur E y Jelin E (eds.), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*. IDES-UNICEF-UNFPA.
- Faur, E. (2017). *¿Cuidar o educar? Hacia una pedagogía del cuidado*. Redondo, P. y Antelo, E. (comp.) Encrucijadas entre cuidar y educar. Debates y experiencias. Homo Sapiens Ediciones.
- Fink, A. (2014). *Conducting research literature reviews*. Sage publications.

- Folbre, N (1995): "Holding hands at midnight": The paradox of caring labor". *Feminist economics*, 1 (1): 73-92. <https://doi.org/10.1080/714042215>
- Fuentes, M. y da Silva Vieira, M. (2017). Una mirada antropológica en torno al cuidado. Desafíos y oportunidades. *Documentación social*, (187), 13-28.
- Gélvez, J, Arias, H. y Cárdenas, V. (2014). Habilidad del cuidador de pacientes con patología crónica discapacitante en casa. *Revista Médica Sanitas*, 17(1),15-23.
- Glenn, E. (2010). *Forced to care: Coercion and caregiving in America*. Harvard University Press.
- Gómez, E. (2008). *La valoración del trabajo no remunerado: una estrategia clave para la política de igualdad de género*. En: Organización Panamericana de La Salud, La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. Editora OPS.
- Guevara, P. (2016). El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos? *Revista Folios*, 44, 165-179. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345945922011>
- Gutiérrez, H. (2019). *Cuidando de lo que somos. Una perspectiva desde la humanización del cuidado*. Universidad de Cantabria.
- Jaimés, C. (2018). *Impacto económico en cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica no transmisible*. (tesis de pregrado). Universidad de Santander UDES. <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/404/1/Impacto%20econ%C3%B3mico%20en%20cuidadores%20familiares%20de%20pacientes%20con%20enfermedad%20cr%C3%B3nica%20no%20transmisible.pdf>

- Haug, F. (2013). *División sexual del trabajo, economía del tiempo y Buen Vivir*. Ediciones Abya Yala. Fundación Rosa Luxemburgo.
- IMSERSO. (2015). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. IMSERSO.
- Jiménez, I. y Moya, N. (2017). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global*, 17(1), 420-447. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1>.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J., Valderrama, M. y Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado Informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*, 22(5),443-50. <https://doi.org/10.1157/13126925>
- Ley 1413 de 2010 Colombia. 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. https://oig.cepal.org/sites/default/files/2010_ley1413_col.pdf
- Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Franco, M. y Rodríguez, A. (2009). *Carga de la enfermedad en municipios urbanos marginados, México 2004-2008*. Funsalud.
- Martínez-Franzoni, J. (2007). *Regímenes del bienestar en América Latina*. Fundación Carolina.
- Mayorga, J., Montoya, L., Montoya, I., Sánchez, B. y Sandoval, N. (2015). *Metodología para analizar la carga financiera del cuidado familiar de una persona con enfermedad crónica*. Universidad de Cartagena. <http://hdl.handle.net/11227/10740>

- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*, 21, 217-224.
- Mier, N. (2007). The caregiving experience among Hispanic caregivers of dementia patients. *Journal of Cultural Diversity*, 14(1), 12.
- Ministerio de Salud e Colombia. (2019). Lineamientos para la atención integral en cuidados paliativos. Bogotá. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamnts-cuids-paliatvs-gral-pediatrc.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 5267 de 2017. Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.
- Molinier, P. (2011). *Antes que todo, el cuidado es un trabajo*. En L.G. Arango y P. Molinier. (Eds.), *El trabajo y la ética del cuidado*. Medellín: La Carreta Social.
- Montoya-Restrepo, L, Montoya-Restrepo, I., Ocampo, J., Sánchez-Herrera, B. y Chaparro-Díaz, L. (2017). Diseño y validación de la encuesta " costo financiero del cuidado de la enfermedad crónica". *Revista Salud Uninorte*, 33(3), 355- 362
- Moreno, L. (2002). Bienestar mediterráneo y supermujeres. *Rev. Esp Sociol*, 2,41- 57. <http://hdl.handle.net/10261/176134>
- Moreno, N. (2018). La economía del cuidado: división social y sexual del trabajo no remunerado en Bogotá. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 10(1), 51-77. <https://doi.org/10.17151/rlef.2018.10.1.4>

- Páez, N et al. (2020). *Costos del cuidado familiar del paciente con enfermedad crónica no transmisible*. Red latinoamericana de cuidado al paciente crónico y la familia–red Cronifam.
- Pedrero, M. (2008). *Valor Económico del Trabajo Doméstico en México: Aportaciones de mujeres y hombres*. México D.F.: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias Universidad Nacional Autónoma de México.
- Peña, X. y Uribe, C. (2013). *Economía del cuidado: valoración y visibilización del trabajo no remunerado*. Lima: IEP Instituto de Estudios Peruanos.
- Pérez, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de economía crítica*, 5, 7-37.
- Pérez, A. (2016). *Mujeres y Jubilación desde la perspectiva de género*. In VIII Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres. Archivo Histórico Diocesano de Jaén.
- Perdomo, A. (2015). *Relaciones entre resiliencia, apoyo social, estrés, ansiedad y depresión sobre la calidad de vida de cuidadores informales de personas con Alzheimer*. Bogotá D.C.: Universidad Santo Tomás. <https://hdl.handle.net/11634/3686>
- Picchio, A. (2009). Condiciones de vida: perspectivas, análisis económico y políticas públicas. *Revista de economía crítica*, 7(1), 27-54.
- Razavi, S (2007) “*The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options*”, *Gender and Development, paper n° 3*. Ginebra: United Nations Research Institute for Social Development.

- Rodríguez, C. (2005). *La economía del cuidado: un aporte conceptual para el estudio de políticas públicas*. CIEPP- Documento de Trabajo Nro, 44.
- Rodríguez, C. (2007). *Economía del cuidado, equidad de género y nuevo orden económico internacional*. En: Del Sur hacia el Norte: Economía política del orden económico internacional emergente. Giron, Alicia; Correa, Eugenia. Buenos Aires: CLACSO.
- Rodríguez, J., Peñalosa, E. y Acosta, N. (2008). *Carga de Enfermedad Colombia. Resultados alcanzados*. Bogotá, D.C.: Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo.
- Sánchez, B., Gallardo, K., Montoya, L., Rojas, M., Solano, S. y Vargas, L. (2016). Carga financiera del cuidado familiar del enfermo crónico en la Región Andina de Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(3),339-350.
<http://dx.doi.org/10.12804/revsalud14.03.2016.03>.
- Senent, M. (2014). *Introducción a la perspectiva de género en la Economía social*. Madrid: Universitat Jaume I
- Sentencia T-510. (2015). Corte Constitucional de Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-510-15.htm#:~:text=El%20principio%20de%20solidaridad%20atribuye,salud%20y%20a%20la%20vida%20digna>.
- Sentencia T-096. (2016). Corte Constitucional de Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-096-16.htm>
- Sentencia T-065. (2018). Corte Constitucional de Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-065-18.htm>