Anexo No. 1

ANÁLISIS DEL SECTOR

OBJETO DEL CONTRATO

Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre la SDS/FFDS y la FUNDACIÓN SOLIDAD POR COLOMBIA para el desarrollo de estrategias codiseñadas de innovación social, empoderamiento y nuevos liderazgos que contribuyan a fortalecer la gobernanza y la cohesión social en los territorios.

1. CLASIFICACIÓN UNSPSC

El desarrollo de las actividades previstas en el presente proceso contractual, se clasifican en cualquiera de los siguientes Códigos estándar de productos y Servicios de Naciones Unidas - UNSPSC (por sus siglas en inglés).

CLASIFICACION UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE
80101601 Estudios de factibilidad o selección de ideas de proyectos	80000000 Servicios de gestión, servicios profesionales de empresa y servicios administrativos	80100000 Servicios de asesoría de gestión	80101600 Gerencia de proyectos
80101604 Planificación o administración de proyectos	80000000 Servicios de gestión, servicios profesionales de empresa y servicios administrativos	80100000 Servicios de asesoría de gestión	80101600 Gerencia de proyectos
85101701 Política de Salud	85000000 Servicios de Salud	85100000 Servicios Integrales de Salud	85101700 Servicios de Administración de Salud
93141500 Desarrollo y Servicios Sociales	93000000 Servicios Políticos y de Asuntos Cívicos	93140000 Servicios Comunitarios y Sociales	93141500 Desarrollo y Servicios Sociales
93141501 Servicios de Política Social	93000000 Servicios Políticos y de Asuntos Cívicos	93140000 Servicios Comunitarios y Sociales	93141500 Desarrollo y Servicios Sociales
93141514 Servicios Socioculturales	93000000 Servicios Políticos y de Asuntos Cívicos	93140000 Servicios Comunitarios y Sociales	93141500 Desarrollo y Servicios Sociales
93151501 Servicios financieros o de gestión administrativa de empresas publicas	93000000 Servicios Políticos y Asuntos Cívicos	93150000 Servicios de administración y financiación pública	93151500 Administración pública

2. ASPECTOS GENERALES DEL SECTOR

El convenio a desarrollar permitirá Promover la gobernanza comunitaria territorial en salud en las 20 localidades de Bogotá, mediante una estrategia de empoderamiento de mujeres cuidadoras, para el fortalecimiento de su liderazgo incidente y transformador, en la construcción de entornos de vida y bienestar integral individual y colectivo.

En el siguiente cuadro se encuentra la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de la actividad económica (CIIU), en la cual se considera otras actividades profesionales, científicas y técnicas, ubicándose en esta sección M y división 74, la actividad de las mujeres cuidadoras, sin identificar en el clasificador Grupo y Clase.

Clasificación CIIU		
Sección	**M**	Actividades profesionales, científicas y técnicas
División	74	**Otras actividades profesionales, científicas y técnicas**

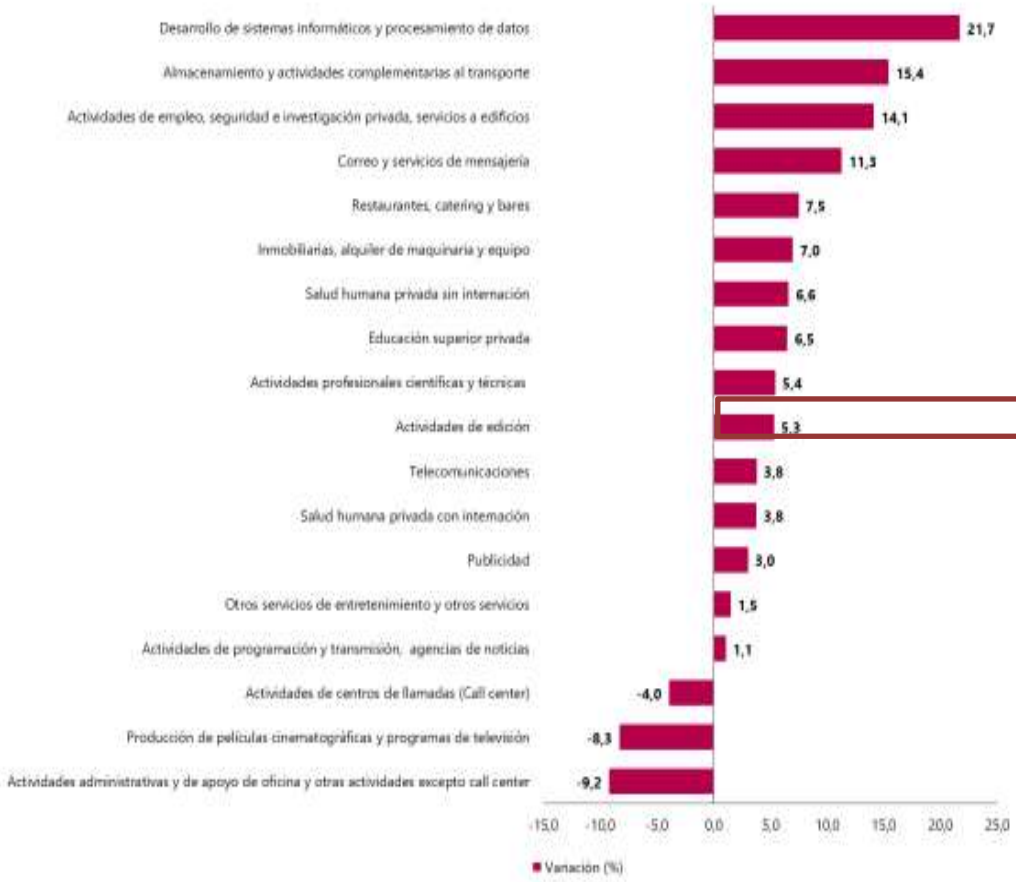
a) Importancia del sector en el contexto Nacional y Local

De acuerdo con la Clasificación industrial internacional Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU) del Departamento Nacional de Estadística (DANE), las actividades previstas en este convenio se ubican en el sector servicios de la economía, específicamente en el subsector “Actividades profesionales, científicas y técnicas”.

Para comprender la importancia de este subsector en Bogotá y a nivel nacional, se consultó el boletín técnico del DANE para la Encuesta Mensual de Servicios (EMS) del mes junio de 2025, la cual fue publicada el 14 de agosto, Encuesta que según el mismo boletín es una operación estadística por medio de la cual el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) obtiene la información de las variables principales del sector servicios para el análisis de su evolución en el corto plazo.

De acuerdo con el boletín previamente mencionado, en junio de 2025, quince de los dieciocho subsectores de servicios presentaron variación positiva en los ingresos totales, en comparación con junio de 2024; comparando el sector de actividades profesionales, científicas y técnicas en mayo de 2025 fue de 4.9 billones y en junio de 5.4 billones, evidenciando un crecimiento en el sector como se ilustra en la siguiente gráfica:

Gráfico 1. Variación anual de los ingresos nominales, según subsector de servicios
Total nacional
Junio 2025ᵖ / junio 2024



Fuente: DANE boletín EMS junio 2025ᵖ-2024. (p cifra provisional)

b) Participación de los subsectores en el PIB.

Durante el primer semestre de 2025, el PIB presenta un crecimiento de 2,4%, respecto al mismo periodo del año anterior. En cuanto al crecimiento de este subsector, de acuerdo con el Boletín técnico del Producto Interno Bruto[1] (PIB_T Producto Interno Bruto Trimestral) del DANE, en el segundo trimestre de 2025, el valor agregado de las actividades profesionales, científicas y técnicas; y actividades de servicios administrativos y de apoyo crece 1,5% en su serie original, respecto al mismo periodo de 2024. con lo presentado en la siguiente tabla[1]:

DANE

Boletín técnico

Producto Interno Bruto Trimestral (PIB_T)

II trimestre de 2025pr

Tabla 11. Actividades profesionales, científicas y tecnicas[1]
Tasas de crecimiento en volumen[2]
Segundo trimestre 2025pr

Actividad económica	Tasas de crecimiento (%)		
	Serie original		Serie ajustada por efecto estacional y calendario
	Anual	Año corrido	Trimestral
	2025pr-II / 2024pr-II	2025pr/ 2024pr	2025pr-II / 2025pr-I
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1,0	1,0	0,6
Actividades de servicios administrativos y de apoyo	1,8	1,6	0,4
Actividades profesionales, científicas y técnicas[1]	**1,5**	**1,3**	**0,7**

Fuente: DANE,PIB_T

pr preliminar

[1] Actividades profesionales, científicas y técnicas; Actividades de servicios administrativos y de apoyo.

[2] Series encadenadas de volumen con año de referencia 2015.

Fuente: Boletín técnico PIB, II trimestre 2025 preliminar.

El trabajo doméstico y de cuidado no remunerado reconocido en las cuentas nacionales representa, según la Cuenta Satélite de Economía del Cuidado del 2017 (DANE, 2018), el 20% del producto interno bruto equivalente aproximadamente a $186 mil millones de pesos.

Por su parte, en lo que respecta al crecimiento de estos subsectores, de acuerdo con el Boletín técnico del Producto Interno Bruto de Bogotá (PB) del DANE, El PIB de Bogotá es el más grande entre los departamentos de Colombia, alcanzando 430.151 miles de millones de pesos en 2024 y representando el 25,2% del PIB nacional. Para el segundo trimestre de 2025, la economía de la ciudad creció un 2,1% con respecto al mismo periodo del año anterior.

[1] https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-trimestrales

c) **Empleo que genera**.

En cuanto al empleo que generan, de acuerdo con el boletín técnico de la EMS a junio de 2025, estos subsectores presentaron un crecimiento en el personal ocupado del 8,5% presentando una variación positiva en los salarios comparado con 2024 como se muestra en la tabla:

Tabla 3. Variación anual de los salarios y contribución por categoría de contratación, según subsector de servicios
Total nacional
Junio 2025ᵖ / junio 2024

Clasificación CIIU Rev. 4 A.C.			Personal ocupado sin agencias*	Permanente	Temporal directo	Misión** Hora cátedra***
Sección	División	Descripción	Variación (%)	Contribución (PP)		
H	División 52	Almacenamiento y actividades complementarias al transporte	7,4	4,9	2,5	- -
H	División 53	Correo y servicios de mensajería	14,2	10,0	4,2	- -
I	División 56	Restaurantes, catering y bares	9,8	5,4	4,4	- -
J	División 58	Actividades de edición	7,6	5,0	2,6	- -
J	División 59, excepto Clase 5920	Producción de películas cinematográficas y programas de televisión	4,4	1,9	2,6	- -
J	División 60 y Clase 6391	Actividades de programación y transmisión, agencias de noticias	5,7	2,7	3,0	- -
J	División 61	Telecomunicaciones	8,7	5,5	3,1	- -
J	División 62, División 63, excepto Clase 6391	Desarrollo de sistemas informáticos y procesamiento de datos	7,1	4,4	2,7	- -
LN	Sección L. División 68 Sección N. Divisiones 7710, 7729 y 7730	Inmobiliarias, alquiler de maquinaria y equipo	9,3	5,0	4,3	- -
M	Divisiones 69, 70, 71, 72, Clase 7320, División 74	Actividades profesionales científicas y técnicas	8,5	4,7	3,8	- -
M	Clase 7310	Publicidad	10,3	5,1	5,2	- -
N	Divisiones 78, 80 y 81, excepto Clase 8130	Actividades de empleo, seguridad e investigación privada, servicios a edificios	9,5	3,0	3,8	2,7
N	Clase 8220	Actividades de centros de llamadas (Call center)	5,9	3,1	2,8	- -
N	División 82 excepto Clase 8220	Actividades administrativas y de apoyo de oficina y otras actividades, excepto call center	9,0	5,1	4,0	- -
P	Grupo 854	Educación superior privada	7,3	1,0	1,1	5,2
Q	Clase 8610	Salud humana privada con internación	5,3	2,5	2,9	- -
Q	División 86 excepto Clase 8610	Salud humana privada sin internación	6,9	3,3	3,6	- -
S	Divisiones 90, 92, 93, 95 y 96	Otros servicios de entretenimiento y otros servicios	10,2	5,2	5,0	- -

Fuente: DANE, EMS.
ᵖ Cifra provisional

Fuente: boletín EMS junio 2025

Por otro lado, a partir de la información presentada en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) que tiene como objetivo proveer información estadística relacionada con mercado laboral, ingresos y pobreza monetaria, así como de las características sociodemográficas de la población residente en Colombia, además de clasificar a las personas según su fuerza de trabajo como población ocupada, desocupada o población fuera de la fuerza de trabajo, permite estimar los principales indicadores del mercado laboral colombiano como la Tasa de Ocupación (TO) y la Tasa de Desocupación (TD), con corte a junio de 2025[2], los subsectores actividades profesionales, científicas, técnicas y otras actividades de servicios, contaron una población ocupada en este sector, de 1.711 miles de personas en junio 2024 y de y 1.822 miles de personas en junio 2025 como se evidencia en la siguiente tabla:

[2] https:// www.dane.gov.co/files/operaciones/GEIH/bol-GEIH-jun2025.pdf

Tabla 1. Distribución porcentual, variación absoluta y contribución a la variación de la población ocupada según rama de actividad
Total nacional
Junio (2024 - 2025)

Rama de actividad	Total nacional				
	Junio 2024	Junio 2025	Distribución % 2025	Variación absoluta	Contribución en p.p.
Población ocupada	**22.922**	**23.753**	**100**	**831**	
Industrias manufactureras	2.469	2.785	11,7	316	1,4
Administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana	2.681	2.922	12,3	241	1,1
Suministro de electricidad, gas, agua y gestión de desechos[2]	645	782	3,3	137	0,6
Actividades profesionales, científicas, técnicas y servicios administrativos	1.711	1.822	7,7	112	0,5
Comercio y reparación de vehículos	4.026	4.131	17,4	106	0,5
Alojamiento y servicios de comida	1.686	1.768	7,4	82	0,4
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	3.272	3.321	14,0	48	0,2
Construcción	1.497	1.532	6,5	35	0,2
Transporte y almacenamiento	1.722	1.722	7,3	0	0,0
Actividades financieras y de seguros	449	435	1,8	-14	-0,1
Actividades inmobiliarias	346	306	1,3	-40	-0,2
Actividades artísticas, entretenimiento, recreación y otras actividades de servicios	1.927	1.859	7,8	-68	-0,3
Información y comunicaciones	491	367	1,5	-124	-0,5

Fuente: DANE, GEIH.

Fuente: Boletín Técnico Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) a junio 2025

Al consultar La Cuenta Satélite de Economía del Cuidado (CSEC), creada por el DANE a partir de la Ley 1413 de 2010, la cual concibe la economía del cuidado en función del trabajo no remunerado que se realiza en el hogar, relacionado con el mantenimiento de la vivienda, los cuidados a otras personas del hogar o la comunidad y el mantenimiento de la fuerza de trabajo remunerado, en el boletín publicado se presenta los resultados para 2021, 2022 provisional y 2023 provisional, considerando el nuevo marco 2018 con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.

En la siguiente gráfica se refleja para la actividad económica que nos ocupa y teniendo en cuenta el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado por la población ocupada a nivel nacional con el promedio 2022-2023, de un total de 1.358 millones de horas anuales trabajadas, el 69.5%, fue realizado por mujeres.

2021-2023[P]

Tabla 4. Horas anuales trabajadas por la población ocupada en TDCNR, según actividad económica (Millones de horas)
Total nacional
Promedio 2022[P]-2023[P]

Actividad económica	Total	Hombres		Mujeres	
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	1.348	852	63,2%	496	36,8%
Explotación de minas y canteras	73	48	65,6%	25	34,4%
Industrias manufactureras	1.445	459	31,7%	986	68,3%
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado[1]	130	65	50,0%	65	50,0%
Construcción	568	477	84,0%	91	16,0%
Comercio al por mayor y al por menor[2]	3.909	1.498	38,3%	2.411	61,7%
Información y comunicaciones	275	115	41,9%	160	58,1%
Actividades financieras y de seguros	257	72	28,1%	185	71,9%
Actividades inmobiliarias	75	28	37,9%	47	62,1%
Actividades profesionales, científicas y técnicas[3]	1.358	414	30,5%	945	69,5%
Administración pública y defensa[4]	2.216	568	25,6%	1.648	74,4%
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios[5]	1.258	247	19,6%	1.011	80,4%
Total	**12.913**	**4.843**	**37,5%**	**8.070**	**62,5%**

Fuente: DANE, Cuenta Satélite de Economía del Cuidado (CSEC)
[P]provisional

El 24% de mujeres en Bogotá que no aceptaron la última oferta de trabajo, aluden que fue por razones personales o familiares o porque tiene a cargo el cuidado de niños, niñas, adultos mayores y/o personas con discapacidad.

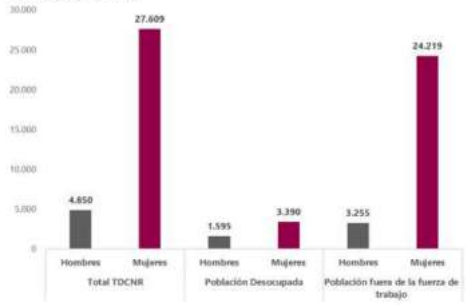
De acuerdo con la Línea Base de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género (SDMujer, 2022),

las mujeres al cumplir 40 años se desplazan 15 puntos porcentuales hacia los oficios del hogar y el trabajo de cuidado. Es decir que esta edad se convierte en un punto de quiebre para que las mujeres se dediquen más al trabajo doméstico y de cuidado.

Al analizar las horas anuales trabajadas promediadas entre 2022 y 2023 por la población desocupada a nivel nacional se tiene que, de 32.459 millones de horas, el 85% es realizado por mujeres – trabajo doméstico y de cuidado no remunerado.

2.8 Horas anuales trabajadas por la población desocupada y fuera de la fuerza de trabajo, promedio 2022ᵖ-2023ᵖ

Gráfico 12. Horas anuales trabajadas por la población desocupada y fuera de la fuerza de trabajo en TDCNR (Millones de horas)
Total nacional
Promedio 2022ᵖ-2023ᵖ



Fuente: DANE, Cuenta Satélite de Economía del Cuidado (CSEC)
ᵖprovisional

Las mujeres cuidadoras de Bogotá dedican en promedio 11 horas y 45 minutos diarios al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, destinando 2 horas y 35 minutos diarios más que los hombres a los trabajos domésticos y de cuidado no remunerados.

d) Aspecto internacional-acuerdos comerciales:

Al consultar la página del Ministerio de Comercio, industria y turismo, no se encuentran tratados de libre comercio internacional que afecte al presente contrato.

3. ASPECTO ECONÓMICO

Entre las variables macroeconómicas que pueden afectar el presente convenio se encuentran:

Inflación: puede afectar el presente convenio, pues su variación podría incrementar los costos de los bienes o servicios que se requiera adquirir como parte de las actividades a llevar a cabo mediante la alianza Fondo Financiero Distrital de Salud y Fundación Solidaridad por Colombia. En lo que va corrido del año 2025, la inflación presenta una leve tendencia decreciente al compararla con el año 2024, como se muestra en la siguiente gráfica:



Información julio 2025

Índice de Precios al Consumidor (IPC)

Variación mensual, año corrido y anual
Total nacional
2024 - 2025 (julio)

IPC	Julio					
	Variación Mensual		Variación Año corrido		Variación Anual	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025
IPC total	0,20	0,28	4,32	4,02	6,86	4,90

Fuente: DANE – IPC, Información técnica[x]

4. CONCLUSIONES DE LOS ASPECTOS GENERALES Y ECONOMICOS DEL SECTOR

Dentro del sector servicios de la economía, las actividades que se esperan realizar en el marco del contrato a suscribir, se enmarcan en los subsectores actividades profesionales, científicas y técnicas y actividades administrativas y de apoyo de oficina y otras actividades excepto call center, los cuales se pueden ver impactados por la variación previamente presentada del IPC, puesto que podría incidir en los costos que deban reconocerse para los distintos bienes y servicios a adquirir, para cumplir con las actividades descritas en el aspecto técnico en el numeral 5 del presente documento.

La población ocupada se incrementó al comparar los meses de junio de 2024 y 2025 pasando de 1.711 miles de personas a 1.822 de personas ocupadas en 2025.

El subsector del sector servicios al cual pertenece el objeto del presente convenio es un sector de la economía del país que puede verse afectado por factores como lo es la inflación debido a que los incrementos que se presenten en los bienes o servicios a contratar para el desarrollo de las acciones en el marco del objeto del convenio, podrían conllevar ajustes en las cantidades que se deban adquirir, en la cantidad de las actividades a realizar o inclusive ajustes en el valor del convenio, esto último implicando modificación al convenio.

5. ASPECTO TÉCNICO

La participación social transformadora es una herramienta política y vital para cambiar las condiciones estructurales que afectan la salud y el bienestar de las mujeres que habitan Bogotá. No se trata solo de abrir espacios, sino de garantizar que las voces, luchas, saberes y propuestas de las mujeres sean protagonistas en la construcción del sistema de salud que merecen. En el marco del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, este pilar se configura como una apuesta contundente para que todas las mujeres en sus diversidades e interseccionalidades ejerzan su derecho a incidir en la toma de decisiones, así como en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas que les afectan directamente. Se hace imperativo impulsar un proceso colectivo, dialógico y transformador, que ponga en el centro a las mujeres como sujetas activas del cambio, no como receptoras pasivas de intervenciones, en pro de la disminución de las desigualdades de género en salud.

Las desigualdades de género en salud no son casuales, responden a un sistema que ha silenciado, marginado y precarizado la vida de las mujeres; de allí que este pilar de participación social transformadora no sea accesorio, si no estructurante. Es por ello por lo que se propone un modelo que dignifique sus vidas, reconozca su rol en el cuidado, y garantice espacios seguros y efectivos donde puedan ejercer poder, tomar decisiones y transformar colectivamente las condiciones que determinan su bienestar.

Es una prioridad para esta Subsecretaría, desarrollar acciones encaminadas a trabajar en el marco de estas premisas, entendiendo también que hablar de “todas las mujeres” implica reconocer la riqueza, complejidad y fuerza de sus diversidades e interseccionalidades. Todas ellas atraviesan condiciones particulares según su etapa del ciclo vital, sus experiencias de vida, su entorno social y territorial, su identidad de género, orientación sexual, situación económica, ubicación geográfica y sus múltiples formas de habitar el mundo.

Esta Subsecretaría ha desarrollado acciones como la construcción del “Decálogo por la salud plena e integral de las mujeres en todas su diversidades e interseccionalidades”, e igualmente asistencias técnicas en el marco del cumplimiento del producto 6.1.3 de la “Política Pública de Mujeres y Equidad de Género 2020-2030”; sin embargo, se hace preciso realizar intervenciones focalizadas.

Dentro de las diversidades e interseccionalidades se ubica un universo de mujeres que, conforme a la revisión de literatura, estadísticas, y la propia oferta institucional, requiere intervenciones que faciliten el goce efectivo y la garantía al derecho a la participación y la salud: las mujeres cuidadoras.

“La transición demográfica en Bogotá evidencia el desplazamiento que se da en la demanda de cuidado de la población, que empieza a concentrarse en personas mayores más que en niñas, niños y adolescentes, como parte del proceso de envejecimiento poblacional general del país, con la particularidad de que la mayor carga del trabajo de cuidado reposa en las mujeres”, que producto de ello, se presenta una limitación para la participación en escenarios políticos por tener mayor dedicación a labores como la crianza, el cuidado de personas y el trabajo doméstico no remunerado, e igualmente situaciones de sobrecarga física y mental, que terminan por afectar sus condiciones de salud.

Los cuidadores informales no remunerados desempeñan un papel fundamental en las condiciones de salud de personas dependientes por enfermedad o alguna condición crónica (CEPAL,2018). Sin embargo, aunque el cuidado de estas personas recae sobre la familia, históricamente la mayor parte de esta responsabilidad del cuidado, así como actividades domesticas sin ninguna remuneración suele ser asumida por las mujeres (ONU mujeres, 2016).

La feminización del rol de cuidado no remunerado revela las profundas desigualdades sociales y estructurales, que conllevan a la restricción económica de las mujeres cuidadoras, lo cual puede generar un impacto en la salud física y mental de estás (CEPAL, 2018).

Según la Comisión Económica para América Latina y el caribe (CEPAL), las mujeres cuidadoras, especialmente aquellas a cargo de niños, personas mayores o con enfermedades huérfanas o discapacidad enfrentan múltiples formas de exclusión: jornadas prolongadas, afectaciones a su salud física y emocional, escasa protección social y mínima participación en los espacios de decisión sobre los servicios que utilizan (CEPAL, 2018). Estudios han evidenciado que estas mujeres experimentan mayores niveles de sobrecarga, estrés, aislamiento y empobrecimiento

Esta distribución desigual, naturalizada culturalmente e invisibilizada por los sistemas económicos y sociales, constituye una de las expresiones más persistentes de las desigualdades de género a nivel global (Women Lift Health, 2024; Toffoletto & Reynaldos-Grandón, 2020). Otros estudios han demostrado que las mujeres cuidadoras informales permanecen invisibilizadas desde las políticas públicas, sin ser incluidas adecuadamente, profundizando la exclusión social, económica y aumentando las brechas de desigualdad de género (Women Lift Health, 2024; OIT, 2018; Toffoletto & Reynaldos-Grandón, 2020; Vélez et al, 2013).

En Colombia, de acuerdo con la Encuesta de Uso del Tiempo, desarrollada por el Departamento de Administración Nacional de Estadística (DANE), entre el 2020 y 2021, el 90,3% de las mujeres mayores de 10 años realizaron actividades de trabajo no remunerado, mientras que los hombres el 63%, lo cual indicó que las mujeres colombianas dedican en promedio 7 horas y 44 minutos a actividades de trabajo no remunerado, mientras que los hombres dedicaban en promedio 3 horas y 6 minutos (DANE, 2022). En Bogotá, por su parte, 9 de cada 10 mujeres realizan trabajos de cuidado no remunerados (TDCNR), mientras que en los hombres la proporción es 7 de cada 10 (ENUT, 2020 – 2021), y se han identificado 1.342.578 personas que realizan TDCNR, de las cuales el 81% son mujeres y el 19% hombres (OMEG, 2021).

En el distrito, para el abordaje frente a la problemática que conlleva el cuidado no remunerado, desde el 2020 se han implementado las Manzanas del Cuidado, enmarcadas dentro del Sistema Distrital del Cuidado, diseñado para avanzar en el reconocimiento, la redistribución, y en la reducción de los tiempos de TDCNR de las personas cuidadoras, espacios distribuidos en distintos puntos de la ciudad, en los cuales se ofrece formación, asesoría jurídica, atención psicosocial, así como servicios de descanso y bienestar (Sistema Distrital del Cuidado & Alcaldía Mayor de Bogotá, 2025). Para el 2023 existían 16 manzanas del cuidado, se atendieron alrededor de 330.000 personas, se graduaron más de 12.000 mil mujeres en cursos técnicos y se disminuyó más de 14.700 horas de trabajo del cuidado no remunerado (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2023).

Sin embargo, es necesario abordar y fortalecer las capacidades de gestión territorial en las mujeres cuidadoras y la inclusión en espacios de toma de decisiones dentro del sector salud, con el fin de transformar la participación social.

Bajo este contexto, surge Ali-hadas como una estrategia de resignificación del cuidado y el empoderamiento, desde una perspectiva individual y colectiva de mujeres cuidadoras para el fortalecimiento de la gobernanza en la salud de las 20 localidades de la ciudad de Bogotá. Su propósito es visibilizar su rol, reconocer sus saberes, promover el bienestar integral y facilitar su participación en la gobernanza comunitaria de la salud.

La evidencia ha demostrado que fortalecer las capacidades de las mujeres cuidadoras no solo contribuye al desarrollo comunitario, sino que también favorece procesos de empoderamiento individual y colectivo. Estas acciones permiten reducir el aislamiento social, mejorar la salud física y emocional de las cuidadoras, e incrementar su participación en espacios comunitarios y de toma de decisiones, especialmente en contextos de salud territorial (Bernal-Ordoñez et al, 2024; Aviles & Mavesoy, 2020; Cities Change, 2022). Al reconocer su rol y brindar herramientas para su formación, estas mujeres pasan de ser vistas como receptoras pasivas de servicios a convertirse en protagonistas para la sostenibilidad del cuidado y el bienestar colectivo (Aviles & Mavesoy, 2020; Cities Change, 2022). Además, es necesario proporcionar y promover el cuidado al que cuida, partiendo de cubrir ciertas necesidades, como acceso a servicios de atención psicosocial, formación, actividades de autocuidado y resiliencia, entre otras, que faciliten el desarrollo de capacidades para el empoderamiento de las mujeres cuidadoras en la comunidad (ONU mujeres, 2016; Women Lift Health, 2024).

Se busca empoderar a las mujeres cuidadoras en la gobernanza territorial a través de una estrategia basada en un modelo ecológico que considera cinco dimensiones interrelacionadas. Estas son: la dimensión **intrapersonal**, que se enfoca en factores individuales como la disposición al cambio y la salud; la **interpersonal**, que resalta el rol del apoyo familiar y las redes sociales; la **organizacional**, que aborda la estabilidad institucional y los canales de diálogo; la **comunitaria**, que trata el estigma y la voluntad política local; y finalmente, la de **políticas públicas**, que evalúa cómo el marco normativo y las brechas de género influyen en el reconocimiento del cuidado. El modelo propone una visión integral para entender y superar los desafíos que enfrentan estas mujeres.

Partiendo de la identificación de estas dimensiones de abordaje, y las necesidades y problemáticas anteriormente descritas, desde la estrategia Ali-hadas abordamos tres niveles como alternativas de solución, en los cuales se enfocará la intervención para lograr objetivos desde lo individual, comunitario y de políticas públicas. Estos niveles permiten identificar factores que influyen en la participación y bienestar de las mujeres cuidadoras, y comprender cómo se relacionan entre sí, generando dinámicas que pueden facilitar la implementación.

Desde este marco, se reconocen las experiencias de cuidado como eje estructurante de la participación social y política de las mujeres, y se impulsa su papel como sujetas de derechos, actoras sociales y líderes en la transformación de sus comunidades. Las acciones contempladas incluyen espacios formativos presenciales, activación de redes intersectoriales, fortalecimiento de vocerías y diseño participativo de mecanismos de control ciudadano en salud, con énfasis en los determinantes sociales que afectan el bienestar de las mujeres cuidadoras y sus familias.

La estrategia está dirigida a mujeres cuidadoras de niños y niñas con enfermedades huérfanas o discapacidad, priorizando aquellas que enfrentan condiciones de alta sobrecarga y exclusión en los territorios. Se orienta al fortalecimiento de liderazgos al interior de grupos de base y a la generación de procesos de empoderamiento y cohesión social desde una perspectiva territorial. Esta estrategia da cuenta de diferentes marcos normativos que se nutren desde la innovación social y orientan el despliegue estratégico.

Se trata de una intervención de empoderamiento social que articula componentes de formación, fortalecimiento organizativo y acción colectiva, con enfoque de género, interseccionalidad y derechos. Podría configurarse como una aceleradora de bienestar en clave intersectorial, desde el empoderamiento y la cohesión social.

No responde a un modelo asistencialista ni de atención directa individual, sino que se inserta en el campo de las intervenciones colectivas, donde la construcción de capacidades, el liderazgo político y la creación de redes son los principales ejes de acción. Se enmarca en el fortalecimiento de la gobernanza, la equidad de género, y la salud con perspectiva social.

Tiene como objetivo general promover la gobernanza comunitaria territorial en salud en las 20 localidades de Bogotá, mediante una estrategia de empoderamiento de mujeres cuidadoras, para el fortalecimiento de su liderazgo incidente y transformador, en la construcción de tejido social y redes de apoyo hacía la sororidad. Como objetivos específicos podemos determinar los siguientes:

- Fortalecer las capacidades de las mujeres cuidadoras en participación y liderazgo social transformador en salud, a través de una estrategia de aprendizaje que contemple el desarrollo de talleres de formación, un curso de vocería y un congreso de diálogo y

participación, para aportar herramientas de incidencia efectiva en la gobernanza territorial de las localidades de Bogotá.

- Materializar la creación e implementación de redes de apoyo intersectoriales con organizaciones comunitarias para promover acciones de participación en el proceso de decisión alrededor de ejes prioritarios para mujer y género en la salud territorial, articulando esfuerzos con los actores institucionales pertinentes.
- Diseñar de manera participativa un observatorio comunitario en salud con perspectiva de género e inclusión social, con el propósito de fortalecer los escenarios de participación, control social y veeduría en las 20 localidades de Bogotá.
- Desarrollar un proceso de sistematización que logre recoger lecciones aprendidas, buenas prácticas y recomendaciones con relación a cada uno de los componentes del proyecto, con el propósito de mejorar el desarrollo de futuras experiencias.

En el contexto de Ali-hadas, las mujeres cuidadoras acceden a espacios de formación donde reconocen el valor del cuidado no remunerado, se apropian de sus derechos, y comienzan a comprender cómo sus condiciones de vida están ligadas a estructuras sociales más amplias. A través de estos procesos, se potencia el desarrollo de conciencia crítica, al identificar que su sobrecarga no es individual ni natural, sino socialmente impuesta (Zimmerman, 2000).

El proceso formativo también está orientado a fortalecer su autoeficacia, es decir, su percepción de que pueden influir en los resultados de su vida. Esto se traduce en mayor confianza para hablar en público, participar en procesos comunitarios, cuestionar lo injusto y demandar respuestas institucionales. Además, se trabaja el autocuidado no como un acto individualista, sino como práctica política y forma legítima de sostener su bienestar y continuidad en la lucha colectiva (Zimmerman, 2000).

El empoderamiento aquí no se entiende como algo que se "entrega", sino como un proceso en el cual las mujeres se reconocen como sujetas activas, capaces de decidir, de organizarse y de transformar. Este nivel es la base para que luego puedan articularse con otras e incidir en escenarios comunitarios y políticos (Zimmerman, 2000).

En la estrategia Ali-hadas, este nivel se activa cuando las mujeres cuidadoras dejan de ver sus experiencias como aisladas y comienzan a reconocerse como parte de un colectivo con intereses comunes. El proceso metodológico promueve la construcción de objetivos colectivos, el reconocimiento de saberes compartidos y la identificación de problemas comunes que afectan su salud, su entorno y su derecho al cuidado (Yolles et al, 2010; Ganga et al, 2015).

Este nivel no solo implica reunirse o asistir a talleres, sino actuar juntas con propósito y coordinación, lo cual es esencial para la agencia colectiva. Se promueve el diseño conjunto de acciones, la participación en redes barriales y la consolidación de espacios de colaboración sostenida. La agencia colectiva requiere también sistemas de comunicación interna efectivos, donde se afirme la confianza, se legitime el conocimiento situado de cada cuidadora, y se establezcan roles con corresponsabilidad (Yolles et al, 2010; Ganga et al, 2015). El paso de la acción individual a la acción comunitaria implica que las mujeres no solo se sienten capaces de cambiar su situación, sino que reconocen en las otras a una aliada política.

En el marco de Ali-hadas, este nivel se materializa cuando las mujeres cuidadoras ya organizadas en procesos colectivos— acceden a escenarios donde pueden interactuar con instituciones del sistema de salud, del sistema distrital de cuidado y del gobierno local. Para que esa participación sea efectiva, no basta con estar presentes: es necesario que exista confianza

mutua entre actores, normas de colaboración horizontal y redes previamente consolidadas que respalden su vocería (Corao, 2006; Urteaga, 2013).

Desde esta teoría, las redes entre mujeres cuidadoras, organizaciones sociales e instituciones forman la base del capital social necesario para transformar decisiones. Las normas de reciprocidad construidas en los niveles previos (individual y comunitario) permiten que los compromisos asumidos en espacios de diálogo y concertación no se disuelvan con el tiempo, sino que se mantengan sostenidos gracias a relaciones de corresponsabilidad. Así, se logra que la participación no sea esporádica ni simbólica, sino efectiva y estructurante (Corao, 2006; Urteaga, 2013).

La confianza construida dentro del colectivo de cuidadoras también se proyecta hacia fuera: se generan relaciones más equitativas con actores institucionales, basadas en el reconocimiento de las mujeres como actoras políticas. Este capital social, bien articulado, permite que la intervención no dependa exclusivamente de la voluntad institucional, sino que cuente con una base organizada capaz de exigir, proponer y sostener procesos de gobernanza territorial (Corao, 2006; Urteaga, 2013).

La estrategia Ali-hadas corresponde a una intervención comunitaria de tipo participativo y transformador, orientada a fortalecer el liderazgo de mujeres cuidadoras y su participación en la gobernanza territorial en salud. A continuación, se examinan criterios clave en función de su tipo y alcance esperado:

- Cobertura: Se espera involucrar de manera directa a 600 mujeres cuidadoras en las 20 localidades de Bogotá, con procesos diferenciados de formación, liderazgo y articulación en red. La cobertura territorial es amplia, y la estrategia contempla acciones presenciales y articuladas con estructuras locales, lo que permite llegar a diversos contextos urbanos y rurales.
- Efectividad: La intervención se fundamenta en teorías sólidas (empoderamiento, agencia colectiva y capital social), y sus actividades están alineadas con objetivos claros y medibles. La articulación entre formación individual, organización comunitaria e incidencia política permite generar cambios tanto subjetivos como estructurales, incrementando la probabilidad de lograr transformaciones sostenibles.
- Efectos no deseados: Podrían presentarse tensiones con estructuras institucionales si las vocerías y los mecanismos de veeduría no son reconocidos o legitimados en los territorios. También existe el riesgo de sobrecarga emocional en algunas lideresas si no se acompañan adecuadamente los procesos. Estos riesgos pueden ser mitigados mediante seguimiento, cuidado mutuo y diálogo intersectorial permanente.
- Adaptación: La estrategia contempla metodologías flexibles como SABIAS, construcción participativa de redes y diseño compartido de mecanismos como el observatorio comunitario. Esto permite adaptar contenidos y enfoques según las dinámicas locales, garantizando pertinencia territorial y cultural.
- Mantenimiento: El enfoque en la generación de capacidades, la consolidación de redes intersectoriales y la formación de vocerías sostenibles, permite proyectar la continuidad de los procesos más allá de la duración del proyecto. La sistematización de experiencias y el fortalecimiento del capital social son claves para facilitar el mantenimiento de los logros alcanzados.

En lo que concierne a la sostenibilidad de la estrategia, está basada en tres pilares clave: la generación de capacidades, la articulación territorial y la construcción de redes. Al centrarse en

el fortalecimiento del liderazgo comunitario de mujeres cuidadoras, la intervención no depende exclusivamente de recursos externos o estructuras institucionales, sino que promueve procesos organizativos con autonomía progresiva.

La creación de redes intersectoriales, la formación de voceras y la consolidación del capital social permiten proyectar la continuidad de las acciones una vez finalice el proyecto, especialmente si se logra el reconocimiento de estas lideresas como actoras legítimas en espacios de gobernanza local.

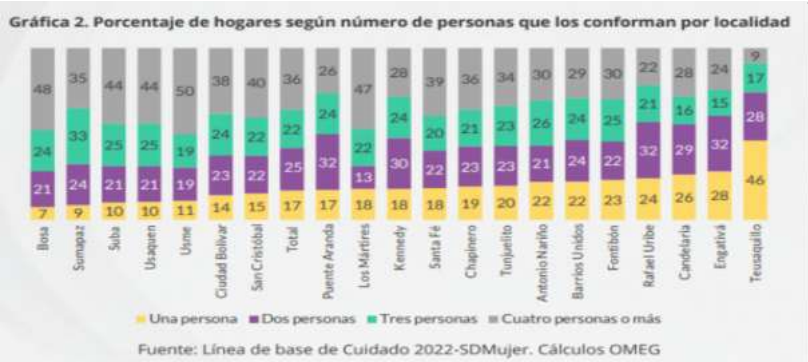
Desde una perspectiva de equidad, la intervención responde de forma directa a brechas estructurales que afectan de manera desproporcionada a mujeres cuidadoras, históricamente excluidas de los espacios de decisión en salud y política pública. Ali-hadas reconoce al cuidado no remunerado como una dimensión estructural de la desigualdad de género, y orienta sus acciones hacia la redistribución del poder, la visibilización del rol cuidador y la participación con voz propia en la toma de decisiones.

Esta apuesta genera impactos en términos de equidad de género, equidad territorial y justicia social, al priorizar poblaciones con alta vulnerabilidad acumulada. Además, el enfoque interseccional y territorial de la estrategia permite adaptar las acciones a los contextos locales, evitando una implementación homogénea que ignore las diferencias entre localidades. Esto refuerza tanto la sostenibilidad como el impacto en equidad, al permitir que las mujeres no solo accedan a los procesos, sino que los transformen desde sus propias condiciones, saberes y trayectorias.

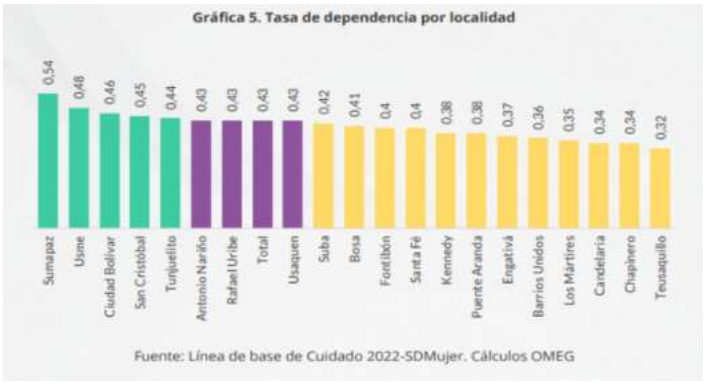
La implementación de alternativas de solución alienadas con el modelo conceptual anteriormente descrito, permitirán en gran medida abordar las necesidades y problemáticas de las mujeres cuidadoras de Bogotá, en el marco de un ejercicio constitutivo de fortalecimiento de derechos como lo son la participación, y la salud.

5.1 **Informe de Resultados Línea Base del Sistema Distrital de Cuidado**

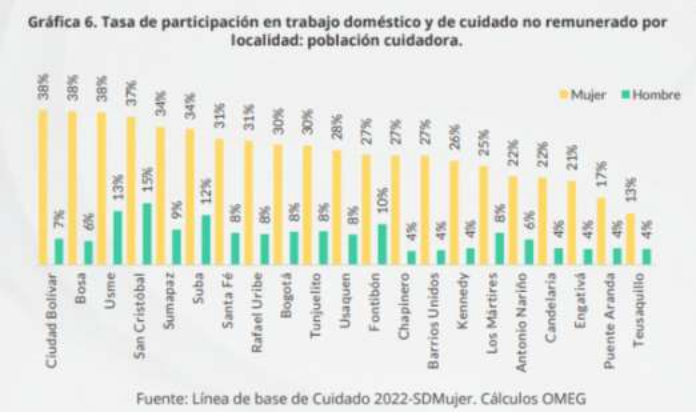
De este informe realizado por la Secretaría Distrital de la Mujer 2023, en el cual se caracterizó los hogares de Bogotá y se logró conocer la línea base entendiendo que el tiempo y la cantidad de las labores domésticas y de cuidado dependen de la composición de los hogares, muestran que en Bogotá hay 14.363 hogares con un promedio de tres personas por hogar. Este promedio varía solo en tres localidades, en Usme y Bosa aumenta a cuatro personas, mientras en Teusaquillo el promedio disminuye a dos personas. Igualmente, este promedio cambia según la zona, encontrando que en la zona urbana el promedio es de tres personas, y en la zona rural es de cuatro, como se muestra en la gráfica 2 del informe:



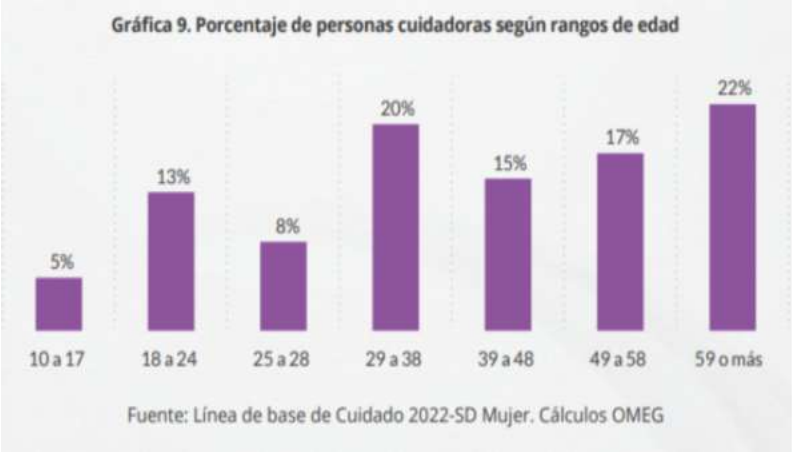
- **Necesidades de cuidado por localidad:** La tasa de dependencia demográfica es una aproximación a la carga de cuidado que tienen los hogares, se muestra proporción entre la población considerada económicamente dependiente como los menores de 15 años y mayores de 64 años). Gráfica 5 del estudio:



- **Participación en trabajo doméstico y de cuidado no remunerado por localidad:** Según los resultados de la línea base, en Bogotá el 30% de personas son mujeres cuidadoras y el 8% son hombres cuidadores. La tasa de participación de mujeres cuidadoras aumenta en localidades como Ciudad Bolívar, Bosa y Usme (38%) San Cristóbal (37%), Sumapaz y Suba (34%), Santa Fe y Rafael Uribe Uribe (31%), en estas localidades la demanda de cuidado es más alta y los niveles económicos más bajos como para pagar servicios de cuidado privado. En el caso de los hombres cuidadores, en las localidades como San Cristóbal (15%), Usme (13%), Suba (12%), Fontibón (10%), Sumapaz (9%) y Los Mártires (8%) tienen una tasa de participación más alta. Gráfica 6 del estudio.



- **Personas cuidadoras según rangos de edad:** Las características de 1.342.578 personas cuidadoras en Bogotá, quienes representan el 20% del total de la población bogotana mayor de 10 años, son quienes realizan exclusivamente trabajos domésticos y de cuidado más de 6 horas al día y sin ingreso adicional son mayoritariamente mujeres 81% y el 19% son hombres. Gráfica 9 del estudio.



Personas cuidadoras con enfermedades crónicas diagnosticadas: Los resultados de la línea base señalan que 413.740 de las personas cuidadoras reportan tener alguna enfermedad, de estas 355.414 son mujeres, dicho porcentaje corresponde al 32,7% de las mujeres cuidadoras, el 61% que se auto reporta con alguna enfermedad es mayor de cincuenta años.



- **Personas que no reconocen el TDCNR como un trabajo:** Hay localidades en donde más del 20% de la población no reconoce el TDCNR como un trabajo. Este es el caso de Santa Fe, Chapinero, Los Mártires, Kennedy y Puente Aranda. Este resultado guarda relación con que no existe una remuneración económica para esta actividad que corresponda con una valoración social acorde con su importancia para el mantenimiento de la vida.



Con lo anteriormente descrito, para poder seguir cumpliendo con los objetivos propuestos en el proyecto a través de sus estrategias y programas, es necesario fortalecer las capacidades de las mujeres cuidadoras en participación y liderazgo social transformador en salud, implementar una estrategia de aprendizaje que contemple el desarrollo de talleres de formación, un curso de vocería y un congreso de diálogo y participación, así como la construcción de redes interinstitucionales de apoyo, para aportar herramientas de incidencia efectiva en la gobernanza territorial de las localidades de Bogotá, y contribuir a mejorar las condiciones de vida de esta población.

Por lo anterior, se tiene la necesidad de contratar los servicios a través de un convenio de asociación con una Fundación Solidaridad por Colombia, quien con su trayectoria y experiencia relacionada le permita a la Secretaría Distrital de Salud cumplir con sus objetivos en el eje transformador.

Población objetivo:

- ✓ 600 mujeres cuidadoras de las 20 localidades de Bogotá
- ✓ Un mínimo de 12 organizaciones y/o entidades de las localidades vinculadas alrededor de 4 redes de apoyo

4. ANÁLISIS DEL ASPECTO LEGAL

El Acuerdo Distrital No. 257 de 2006, dictó las normas básicas de estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las entidades de Bogotá, Distrito Capital, el Concejo de Bogotá, reorganizó la estructura general de la Administración Distrital y como consecuencia de lo anterior el artículo 83, Capitulo 7, señaló como misión del Sector Salud: "*dirigir, planificar, coordinar y ejecutar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud*".

La Secretaría Distrital de Salud es un organismo del Sector Central con autonomía administrativa y financiera que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital. Como organismo rector de la salud ejerce su función de dirección, coordinación, vigilancia y control de la salud pública en general del Sistema General de la Seguridad Social y del régimen de excepción, en particular.

Por su parte, el Fondo Financiero Distrital de Salud es un Establecimiento Público Distrital, con Personería Jurídica, autonomía administrativa, patrimonio propio e independiente y autonomía financiera, adscrito a la secretaría Distrital de Salud de Bogotá con sujeción al régimen fiscal del Distrito, que funciona como una cuenta especial del Presupuesto Distrital con unidad de Caja, en la condición de Fondo Financiero del Sistema de Salud del Distrito Capital de Bogotá.

El Fondo Financiero Distrital de Salud tiene como objeto especial y principal recaudar, administrar y arbitrar la totalidad de los recursos destinados a financiar el servicio público de Salud en el Distrito Capital, concretamente los provenientes del Situado Fiscal, las rentas cedidas al Distrito, el Impuesto al Valor Agregado, los destinados al Fondo de Salud Mental y Asistencia al Anciano Desamparado de Bogotá, D.C., los seguros obligatorios de vehículos automotor, los de registro de anotación y en general los recursos con destino al sector salud que le puedan corresponder al Distrito Capital de Bogotá.

Mediante Decreto 706 de 1991 en su artículo 1, el Alcalde Mayor delegó la ordenación del gasto del Fondo Financiero Distrital de Salud en el Secretario Distrital de Salud.

Por su parte, el Acuerdo 641 de 2016, efectuó la organización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, estableciendo como misión del sector salud: formular, adoptar, dirigir, planificar, coordinar, ejecutar, y evaluar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, e integra el sector salud en entidades adscritas; Fondo Financiero Distrital de Salud, Empresas Sociales del Estado: Subred Integrada de Servicios de Salud, Norte, Sur Occidente, Sur, Centro Oriente, y entidades vinculadas; Sociedad de Economía Mixta Capital Salud EPS – SAS, entidades sin ánimo de lucro mixta: Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica, Instituto Distrital de Ciencia Biotecnología e Innovación en Salud, y Organismos; Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y Comité Directivo de la Red.

El Acuerdo No. 927 del 07 de junio de 2024 adoptó el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2024-2027 "BOGOTÁ CAMINA SEGURA", el cual presenta en su estructura los siguientes cinco (5) objetivos estratégicos: (I) "Bogotá Avanza en Seguridad"; (II) "Bogotá Confía en su Bien-Estar"; (III) "Bogotá Confía en su Potencial"; (IV) "Bogotá Ordena su Territorio y Avanza en su Acción Climática"; y, (V) "Bogotá Confía en su

Gobierno"; que se encuentran alineados con treinta y nueve (39) programas intersectoriales, que se orientan al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS- en el 2030, de los cuales diez (10) pertenecen al sector salud y se ejecutan a través de los proyectos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud. (*)

Igualmente, dicho Acuerdo 927 de 2024 destaca la importancia de promover entornos de bienestar y la participación comunitaria para la construcción de ciudadanía activa. Ali – hadas respalda esta visión al consolidar redes intersectoriales, articular organizaciones comunitarias, y fortalecer el liderazgo de mujeres cuidadoras, lo cual incide directamente en la mejora de las condiciones de vida y la salud integral en las localidades de Bogotá.

Esta estrategia se fundamenta, en los mandatos constitucionales contenidos en los artículos 49 y 13 de la Constitución Política, que reconoce la salud como un servicio público a cargo del Estado y garantiza la igualdad real y efectiva mediante acciones afirmativas en favor de poblaciones discriminadas o marginadas. En coherencia con estos principios, la Ley 1257 de 2008, la Ley 1757 de 2015, la Resolución 2063 de 2017 (Política de Participación Social en Salud) y el CONPES 3920 de 2018 (Política nacional de equidad de género para las mujeres), orientan la necesidad de fortalecer el liderazgo de las mujeres y su participación efectiva en los asuntos públicos, con especial especialmente énfasis en las mujeres que realizan labores de cuidado no remunerado en los hogares y comunidades. Esto lineamientos se integran con la Política Nacional de Cuidado (CONPES 4080 de 2022), que promueve el reconocimiento, la reducción y la redistribución del trabajo de cuidado, impulsando la corresponsabilidad social e institucional.

Por su parte, la Ley 1413 de 2010, al regular la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales, visibiliza la contribución de las mujeres al desarrollo económico y social del país. Esta disposición constituye una herramienta clave para la definición e implementación de políticas públicas que reconozcan el valor del trabajo de cuidado, atiendan las necesidades específicas de las mujeres y fortalezcan de manera integral su participación en el desarrollo nacional.

De igual manera, Ali - Hadas se implementa en correspondencia con el **Plan Distrital de Desarrollo 2024–2027 "Bogotá Camina Segura"**, adoptado mediante **Acuerdo 927 de 2024**, particularmente con el **Objetivo Estratégico 5.2 "Bogotá confía en su bien-estar"**, el **Objetivo 5.3 "Bogotá confía en su potencial"**, y el **Objetivo 5.5 "Bogotá confía en su gobierno"**, los cuales contemplan como prioridades la garantía del derecho a la salud, el fortalecimiento del tejido social, el acceso equitativo a servicios de cuidado, la participación de la ciudadanía en la gestión pública y el gasto responsable, transparente y eficiente de los recursos. Los **artículos 43 y 46 del mencionado Acuerdo**, señalan expresamente el deber de la administración distrital de promover estrategias que fortalezcan las capacidades comunitarias y la participación social para mejorar las condiciones de vida y los resultados en salud en los territorios.

Con base en este marco normativo, Ali - Hadas se desarrolla en el contexto del modelo de atención en salud "MAS Bienestar", como una apuesta metodológica innovadora que promueve procesos de empoderamiento femenino, innovación social y nuevos liderazgos con enfoque poblacional, diferencial y territorial. Esta estrategia, dirigida a mujeres cuidadoras de Bogotá, se plantea como una acción concreta de transformación de la participación social en salud, en línea con lo establecido en el Proyecto de Inversión No. 8127 "Transformación de la participación social para el bienestar Bogotá D.C.", el cual define como actividad prioritaria: "Promover el 100% de los espacios e iniciativas de co-creación e innovación social y fortalecer nuevos liderazgos sociales que permitan una participación efectiva y promover el empoderamiento de las organizaciones comunitarias para dar respuesta a los retos en salud identificados en el territorio".

En materia de Política Pública Nacional de Equidad y Género para las mujeres, el documento CONPES 161 de 2013 establece lineamientos para el cierre de brechas de equidad de género, promoviendo la participación activa de las mujeres en los procesos de desarrollo. Ali- Hadas responde a esta política al estructurar programas de formación y articulación intersectorial que empoderan a mujeres cuidadoras en su rol de lideresas comunitarias.

Ali - Hadas también encuentra un alineamiento estratégico con el CONPES 4143 de 2021 sobre Política Nacional de Cuidado, que busca reconocer, reducir y redistribuir las cargas de cuidado en los hogares y las comunidades. Al fortalecer el liderazgo de las mujeres cuidadoras y generar redes de apoyo intersectoriales, la estrategia contribuye a mejorar las condiciones de vida de estas mujeres, promoviendo la corresponsabilidad en el cuidado y garantizando su participación efectiva en los procesos de gobernanza territorial.

De la misma manera, Ali - Hadas contribuye al cumplimiento de la Política Nacional de Participación Social en Salud (Resolución 2063 de 2017), que establece las directrices para fomentar una participación activa y efectiva en el ámbito de la salud, toda vez que propende por crear escenarios para la formación y acción de poblaciones vulnerables resaltando el Rol de las mujeres como parte de la construcción del territorio al desarrollar labores del cuidado. Por ende, Ali – Hadas se configura como posibilidad de impulsar de mujeres cuidadoras como vigías comunitarias en salud, promoviendo su papel activo en el diseño e implementación de estrategias de salud pública.

Ali - Hadas también está enmarcada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, articuladamente en el ODS 5[1] (igualdad de género) y el ODS 3[2] (salud y bienestar). Al fortalecer el liderazgo de las mujeres cuidadoras y al promover su participación en salud territorial, la estrategia contribuye a alcanzar metas globales de inclusión y bienestar social.

En conjunto, estas normas y políticas establecen el fundamento jurídico y programático para la implementación de la estrategia Ali - Hadas, garantizando su alineación con los principios de equidad, participación y gobernanza en salud.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la estrategia Ali - Hadas se alinea con las funciones establecidas en el artículo 10 del Decreto 507 de 2013, y la función asignada a la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía, de dirigir la implementación, regulación, seguimiento y evaluación de la Política Pública de Participación Social en Salud. Ali - Hadas contribuye a estos objetivos al fortalecer los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria en la salud territorial, promoviendo la formación de redes de apoyo intersectoriales y la participación activa de mujeres cuidadoras como lideresas comunitarias.

De este modo, la Subsecretaría, en el marco del desarrollo del modelo de atención en Salud "MAS BIENESTAR", y en coherencia con los objetivos *"Bogotá confía en su bien-estar", 5.3. "Bogotá confía en su potencial" y 5.5 "Bogotá Confía en Su Gobierno*" del Plan Distrital de Desarrollo 2024- 2027, que más adelante transcribimos y en concordancia con los artículos 43[3] y 46[4] del Acuerdo 927 del 7 de junio de 2024 del Concejo de Bogotá, contienen elementos que contribuyen a potenciar los procesos de participación social de las comunidades, en la gestión social del conocimiento en aras de contribuir a mejorar las condiciones de vida y los resultados en salud en los territorios:

> ***Articulo 5 Objetivos Estratégicos****: El presente plan se estructura en torno a los siguientes objetivos estratégicos*
>
> *[….]*
>
> ***5.2. Bogotá confía en su bien-estar:*** *Bogotá ha de ser el sitio donde sus habitantes quieran* ***estar y puedan desarrollar todo su potencial****. Una ciudad que sea la misma para todas y*

todos sus habitantes. ***Bien-estar es la posibilidad efectiva que tiene la ciudadanía de elegir sobre lo que quiere ser y hacer en la ciudad de Bogotá****. Para lograr ese cometido es necesario impulsar el acceso equitativo e incluyente y de calidad a la educación,* ***a la salud****, a los servicios de cuidado, a la cultura, la recreación, el deporte y la actividad física. Así mismo, hay que garantizar la protección de la niñez, disponibilidad y acceso a alimentos de calidad y a soluciones habitacionales. De esa manera, la ciudad no solo será más justa en el sentido de* ***una efectiva igualdad de oportunidades -cerrando brechas entre lo urbano y lo rural-, sino también, un ejemplo para seguir en la construcción de una mejor sociedad****; donde cada persona pueda elegir la vida que desee atendiendo a su diversidad, propendiendo porque las acciones a desarrollar en cada eje cumplan con* ***enfoques étnicos, poblacionales y diferenciales, para que así se pueda alcanzar su máximo potencial, y contribuir al bienestar colectivo así como a la protección y el bienestar de todas las formas de vida.***

5.3. Bogotá confía en su potencial: *Bogotá debe ser una ciudad en la que todos y todas podamos desarrollar y aprovechar* ***al máximo nuestro potencial como personas, familias, empresas, academia y sociedad****. Esto requiere consolidar a Bogotá como una ciudad del conocimiento, educada y competitiva, mediante el acceso a bienes y* ***servicios -públicos*** *y privados-, que brinden oportunidades de desarrollo para todos y todas. Una ciudad que* ***adopta la Ciencia, Tecnología e Innovación (CTeI)*** *como motor para el desarrollo de los ecosistemas empresariales, de alta productividad y de emprendimiento, que se alinean con las vocaciones individuales fomentadas desde la niñez y del territorio. Para ello, Bogotá estará soportada en un* ***ambiente que estimula la generación y apropiación social del conocimiento.***

[….]

5.5. Bogotá confía en su gobierno*: Una ciudad pujante, en la que se quiera vivir, requiere un Gobierno que atienda las necesidades, garantice* ***los derechos de las personas****, especialmente de los niños, niñas y adolescentes, y brinde un servicio amable, ágil y oportuno en todo el territorio, con un gasto eficiente. Un Gobierno en el que la ciudadanía crea y confíe. Lograr un Gobierno* ***con este talante es un trabajo de todas y todos: de las entidades del sector público y de la ciudadanía****. Sin embargo, cinco sectores en especial deben trabajar articuladamente para generar las condiciones con tal propósito: Gobierno, Gestión Pública, Gestión Jurídica, Planeación y Hacienda.* ***(Resaltado fuera de texto)***

En cumplimiento de estos objetivos la Secretaría Distrital de Salud formuló, entre otros, el proyecto de inversión No. 8127 denominado ***"TRANSFORMACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL BIEN-ESTAR BOGOTÁ D.C****"* cuyo objetivo es: *"Fortalecer la gobernanza, gobernabilidad territorial y, la participación social, para mejorar el cuidado integral en salud y el bienestar con enfoques poblacionales y diferenciales*".

El proyecto de inversión No. 8127 para *el* cumplimiento de objetivo específico *"Fortalecer los procesos, estructuras y rectoría de la gestión territorial en salud y de la participación social transformadora y humanizada"* propuso realizar la actividad: ***"Promover el 100% de los espacios e iniciativas de co-creación e innovación social y fortalecer nuevos liderazgos sociales que permitan una participación efectiva y promover el empoderamiento de las organizaciones comunitarias para dar respuesta a los retos en salud identificados en el territorio en el marco de la Atención Primaria Social***".

De acuerdo con el proyecto de inversión No. 8127, la Secretaría Distrital de Salud identifica la necesidad de apoyar propuestas de investigación social comunitaria e iniciativas comunitarias que permitan la transformación en el actuar ciudadano en el marco "MAS Bienestar" en temas de: i) empoderamiento y nuevos liderazgos, ii) Innovación social y iii) Salud y cuidado con enfoque étnico, poblacional, diferencial, de género y territorial y fortalecer la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones del sector y la transformación de las realidades sociales en salud en el territorio.

Para garantizar el cumplimiento del objeto, alcance y fases de implementación previstos en la estrategia *Ali - Hadas* –descritos en los apartados precedentes de estos estudios previos– la Secretaría Distrital de Salud cuenta con competencias que se derivan de su estructura organizacional,

establecida mediante el Decreto Distrital 507 de 2013. En particular, las funciones asignadas a la **Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía** en los numerales 6º. 10, 16, 18 del artículo 26 y a la **Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad** en los numerales 3º, 5º, 8º, 11,12 y 13 del artículo 28, que habilitan la suscripción de convenios con entidades sin ánimo de lucro –como la Fundación Solidaridad por Colombia– para desarrollar acciones orientadas al fortalecimiento del liderazgo comunitario, la construcción de redes territoriales de apoyo y la consolidación de procesos de participación e incidencia social con enfoque de género.

A continuación, se destacan las funciones que se alinean directamente con el objeto del convenio propuesto:

> ***ARTÍCULO 26°.- SUBSECRETARIA DE GESTIÓN TERRITORIAL, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANÍA.*** *Corresponden a la SubSecretaría de gestión territorial. participación y servicio a la ciudadanía, las siguientes funciones:*
>
> **6.** ***Dirigir y orientar la gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía y sus recursos con el propósito de lograr el cumplimiento de los objetivos de la Secretaría Distrital de Salud.***
>
> ***[……]***
>
> ***10. Dirigir la articulación e integración de la gestión transectorial con perspectiva territorial, estableciendo y fortaleciendo instancias formales de coordinación intra e intersectorial.***
>
> ***[….]***
>
> ***16. Dirigir el desarrollo de estrategias pedagógicas, con el fin de contribuir a la formación de los ciudadanos en la perspectiva de derechos y responsabilidades sociales.***
>
> *[…..].*
> ***18. Fomentar la investigación social en salud, como sustento para los procesos de planificación en la resolución de los problemas emergentes de salud***. **(Resaltado fuera de texto)**
> ***[…]***
>
> ***ARTÍCULO 28. DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD.*** *Corresponde a la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad el ejercicio de las siguientes funciones:*
>
> *[….]*
>
> *3. Coordinar la articulación de las Redes Integradas de Servicios de Salud con las Redes Intersectoriales y Sociales y con las organizaciones comunitarias, para garantizar el soporte social de la respuesta integral institucional a las necesidades identificadas en salud.*
>
> *[….].*
>
> *5. Participar en los procesos de formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los proyectos de inversión local en salud, para que por medio de las mismas se promueva una cultura democrática y participativa en las localidades.*
>
> *[…..]*
>
> *8. Promover que los actores institucionales realicen el fortalecimiento de las formas instituidas de participación social en salud, para la ampliación de las bases sociales y el desarrollo de sus procesos de formulación, ejecución y evaluación de planes de acción.*

[….]

11. Aportar al fortalecimiento de la acción política ciudadana desde el sector salud para avanzar en la garantía al derecho a la salud contribuyendo a la superación de la fragmentación organizativa y política de la participación ciudadana, impulsando la puesta en escena de la Política Sectorial de participación Social y Servicio al Ciudadano.

12. Acompañar a través de la gestión territorial a las organizaciones sociales brindando asistencia técnica en espacios de participación para la construcción de agendas políticas.

13. Desarrollar procesos participativos en salud, evaluación de planes de acción intersectoriales con enfoque poblacional y desde las diversidades, para alcanzar la inclusión social de los grupos segregados por cualquier causa.

[…..].

Así las cosas, con el propósito de avanzar en el fortalecimiento de la participación social transformadora en salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, a través de la Subsecretaria de gestión Territorial, Participación y servicio a la Ciudadanía y la Dirección de Participación Social, gestión Territorial y Transectorialidad han identificado la necesidad de desarrollar acciones orientadas al empoderamiento de las **mujeres cuidadoras**, población que históricamente ha asumido responsabilidades fundamentales en el sostenimiento del bienestar familiar y comunitario, pero cuya voz y liderazgo han estado subrepresentados en los espacios de decisión pública. El proyecto de inversión No. 8127 *"Transformación de la participación social para el Bien-Estar Bogotá D.C."* establece como prioridad fortalecer los procesos de liderazgo social, la conformación de redes comunitarias y la incidencia territorial, con especial énfasis en poblaciones con enfoque diferencial como las mujeres cuidadoras.

En este contexto, se requiere implementar la actividad del proyecto de inversión mediante una estrategia metodológica innovadora que contribuya al fortalecimiento del liderazgo, la participación social en salud y la construcción de redes de apoyo comunitarias sostenibles. La ejecución de estas acciones permitirá avanzar en la transformación de la participación social desde una perspectiva de justicia, equidad y corresponsabilidad, consolidando una ciudadanía activa, crítica y propositiva frente a los retos del cuidado en salud en los territorios.

Para la adecuada ejecución de estas fases se requiere la vinculación de una entidad sin ánimo de lucro con amplia trayectoria en procesos de fortalecimiento comunitario, promoción del liderazgo social y participación con enfoque de género. En este sentido, la **Fundación Solidaridad por Colombia** se configura como el aliado idóneo, dados sus más de 48 años de experiencia promoviendo el desarrollo social, el empoderamiento de poblaciones vulnerables y la construcción de capital social. La Fundación ha demostrado solvencia técnica y operativa en la gestión de programas de formación, movilización social e innovación comunitaria, especialmente con mujeres cuidadoras y jóvenes, lo cual resulta altamente pertinente para la ejecución de la estrategia Ali - Hadas.

Adicionalmente, la Fundación cuenta con metodologías validadas de intervención social, legitimidad frente a actores comunitarios e institucionales, y capacidades administrativas y financieras que garantizan la ejecución transparente, oportuna y con enfoque de resultados de proyectos de carácter distrital, como lo exige el proyecto de inversión No. 8127. Estos atributos aportarán sostenibilidad al proceso más allá del plazo de ejecución definido.

En conclusión, la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía requiere implementar la estrategia Ali - Hadas con el propósito de transformar la participación social en salud, a través del empoderamiento de mujeres cuidadoras y el fortalecimiento de redes comunitarias, dando cumplimiento a las metas del proyecto de inversión No. 8127 y a los objetivos del Plan Distrital de Desarrollo **"Bogotá Camina Segura"**. Para ello, se propone contratar a la Fundación Solidaridad por Colombia para realizar las acciones antes señaladas hasta el 30 de diciembre de 2025, como entidad ejecutora de la estrategia a través de sus distintas fases.

La contratación permitirá:

- Garantizar el enfoque poblacional, diferencial y de género, en línea con el Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027 y el proyecto de inversión 8127. 600 mujeres cuidadoras de las 20 localidades capacitadas en los talleres de formación en participación y liderazgo social transformador en salud.
- 40 mujeres lideresas consolidan sus capacidades a partir de un espacio de profundización de conocimientos (curso de vocería) en participación social transformadora.
- Un Congreso de encuentro y diálogo con participación masiva de mujeres y actores institucionales del distrito y la nación en el que se evidencien acuerdos y proyecciones estratégicas.
- Metodología para la conformación de cuatro (4) redes de apoyo integradas por organizaciones comunitarias intersectoriales de mujeres cuidadoras de las diversas localidades de Bogotá en articulación con actores institucionales.
- Una propuesta de estructura interna la creación del observatorio comunitario en salud que contemple mujeres cuidadoras que reporten y comuniquen las necesidades específicas de sus territorios.
- Un (1) documento de sistematización de la experiencia con las lecciones aprendidas, buenas prácticas y recomendaciones de los componentes claves del proyecto.

De esta manera, la contratación propuesta responde a una necesidad institucional prioritaria y contribuye al cumplimiento de los compromisos del Distrito Capital en materia de equidad en salud, construcción de ciudadanía activa y fortalecimiento del tejido social, posicionando a las mujeres cuidadoras como protagonistas de la gobernanza territorial en salud.

Elaboró: María Cristina Jiménez Alzate
Contratista Subsecretaría Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía

Revisó: Raúl Andrés Álvarez
Contratista Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad