Estrategia de empoderamiento de mujeres cuidadoras para el fortalecimiento de la gobernanza territorial en salud en las 20 localidades de Bogotá.

1. Definición del problema

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). De acuerdo con la Organización internacional del trabajo (OIT), las mujeres dedican en promedio 3 veces más tiempo que los hombres a actividades de cuidado y trabajo doméstico no pagado, lo cual restringe su autonomía económica, su participación política y su acceso a la educación, la salud y el empleo (OIT, 2018).

En América Latina, según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), las mujeres dedican entre 2 y 5 veces más tiempo de cuidado no remunerado, sin importar el nivel socioeconómico o educativo que presentan (BID, 2023). 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% se dedicaron a esto, lo cuál indico 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) lo cual, disminuye las probabilidades de la mujer de laborar y ejercer actividades por fuera del hogar que les permita crecer dentro de la sociedad (ONU mujeres, 2016; Women Lift Health, 2024). Esto evidencia como algunos determinantes sociales de la salud, como el género, la clase social, el nivel educativo, el acceso a servicios de salud y la participación política, se intersecan con otras formas de exclusión profundizando la vulnerabilidad y condicionando la calidad de vida de las

cuidadoras (OPS & OMS, 2025; Escandell-Rico & Pérez-Fernández, 2022; Vélez et al, 2013; Toffoletto & Reynaldos-Grandón, 2020).

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)

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 actoras sociales clave 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, 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).

En Bogotá, capital de Colombia, para el abordaje frente a la problemática que conlleva el cuidado no remunerado, desde el 2020 se han implementado las Manzanas del Cuidado, los cuales son espacios distribuidos en distintos puntos de la ciudad, ofreciendo 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 atendió alrededor de 330.000 personas, se graduaron más de 12.000 mil mujeres en cursos técnicos y disminuyo 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.

En este contexto, surge *Ali-hadas* como una estrategia de empoderamiento 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 activa en la gobernanza comunitaria de la salud. Este documento presenta el marco metodológico de dicha intervención, estructurado a partir de referentes conceptuales y teóricos que permiten comprender, actuar y transformar las condiciones de exclusión que enfrentan las mujeres que cuidan.

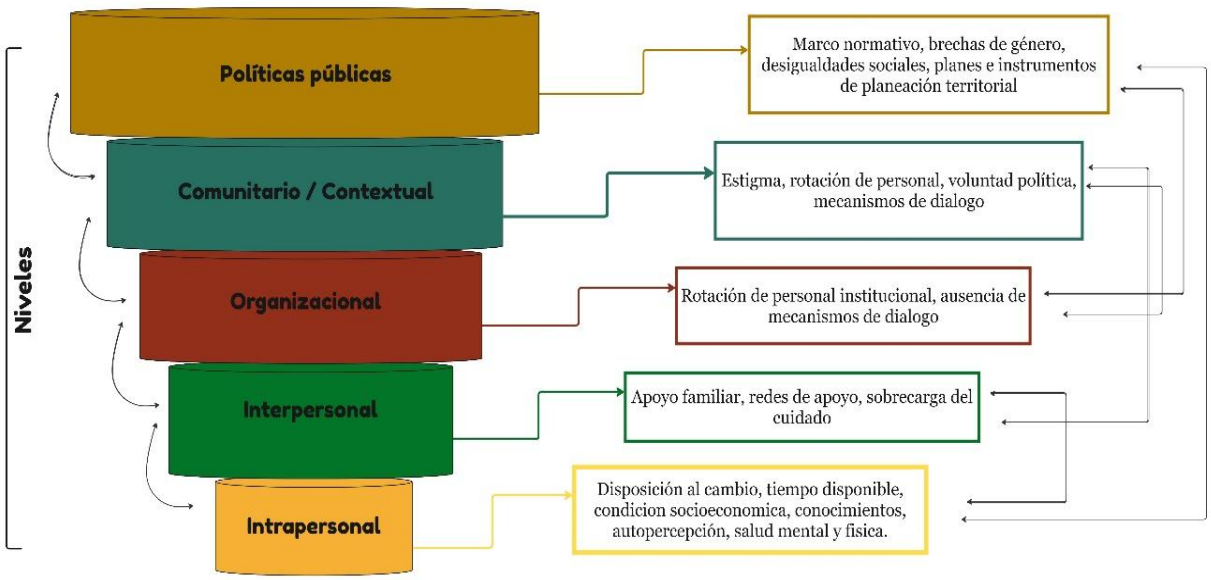
2. Aplicación del modelo socio ecológico

El cuidado no remunerado esta mediado por diversos factores que influyen los unos a los otros (OIT, 2018). McLeroy y otros (1984) establecieron el modelo ecológico de comportamientos en salud como una apuesta para entender las practicas sociales mediante 5 fuentes de influencia; factores intrapersonales (individuales), interpersonales y grupos primarios, factores institucionales, factores comunitarios y políticas públicas (Goméz & Lucumí, 2024).

Si bien la estrategia Ali-hadas no está orientada al cambio de comportamientos en salud, este modelo ha sido progresivamente adaptado en la literatura como un marco útil para el diseño de diversas intervenciones, incluyendo aquellas centradas en políticas públicas y procesos sociales (Golden et al, 2015).

2.1.Modelo socio ecológico y sus niveles

Figura 1. Modelo ecológico para el empoderamiento de mujeres cuidadoras en la gobernanza territorial



Fuente*: Elaboración propia. Modelo ecológico de Kenneth McLeroy y otros (1988). Estrategia de empoderamiento de mujeres cuidadoras para el fortalecimiento de la gobernanza territorial en salud en las 20 localidades de Bogotá.*

- **Intrapersonal:** El modelo ecológico parte desde lo individual, considerando que algunos factores como la *disposición al cambio* es clave, ya que la apertura o resistencia a nuevas experiencias puede facilitar o limitar su involucramiento. El *tiempo disponible* también es determinante, pues muchas de ellas enfrentan jornadas extensas de cuidado que reducen su posibilidad de asistir a espacios de formación. La *condición socioeconómica* afecta el acceso a recursos como transporte o conectividad (OIT, 2018). A esto se suman los *conocimientos previos*, que pueden influir en la confianza para asumir roles más activos (Shah, H. S., & Bohlen, 2023); la *autopercepción*, que está relacionada con cómo se valoran a sí mismas en términos de capacidad e incidencia (Shah, H. S., & Bohlen, 2023); y el estado de *salud física y mental*, que puede impactar directamente en su energía, estabilidad emocional y continuidad en los procesos (OIT, 2018; (Figueiredo ET AL, 2022)
- **Interpersonal:** el modelo ecológico destaca la influencia de las relaciones cercanas en la participación de las mujeres cuidadoras. El *apoyo familiar* puede ser un

facilitador importante cuando permite redistribuir el tiempo del cuidado, pero también puede ser una barrera si se espera que ellas asuman todas las responsabilidades (Women Lift Health, 2024; Frías-Osuna et al, 2019). Las *redes de apoyo*, formales o informales, juegan un papel clave para compartir experiencias, brindar contención emocional y fomentar la permanencia en los espacios de formación (OIT, 2018). Sin embargo, la *sobrecarga del cuidado*, cuando no se comparten las tareas con otras personas del entorno, puede limitar seriamente la disponibilidad, motivación y bienestar de las cuidadoras para participar en actividades colectivas (Toffoletto & Reynaldos-Grandón, 2020; Women Lift Health, 2024; Figueiredo ET AL, 2022).

- **Organizacional:** En el modelo encontramos que uno de los factores organizacionales que pueden afectar la sostenibilidad de la estrategia es la *rotación constante del personal institucional*, lo cual interrumpe los procesos de acompañamiento, seguimiento y construcción de confianza entre las mujeres cuidadoras y las entidades. A esto se suma la *ausencia de mecanismos claros y permanentes de diálogo* entre las instituciones y las comunidades, lo que limita la posibilidad de recoger las voces de las cuidadoras, ajustar las acciones a sus necesidades reales y generar procesos de corresponsabilidad en el cuidado.
- **Comunitario:** En este nivel uno de los retos más visibles es el *estigma* que puede existir hacia las mujeres cuidadoras, quienes muchas veces son vistas solo como responsables del cuidado y no como lideresas o sujetas de derechos. La *voluntad política* en el territorio influye en qué tanto se respaldan, priorizan o se institucionalizan acciones relacionadas con el cuidado. Finalmente, la existencia o no de *mecanismos de diálogo* con las comunidades determina la posibilidad de que las cuidadoras participen activamente y sean reconocidas como actoras clave en la toma de decisiones.

- **Políticas públicas:** en este nivel, se evidencia que el *marco normativo* vigente puede ser tanto un respaldo como una limitación para avanzar en el reconocimiento del cuidado como un tema de interés colectivo (Secretaría Distrital de la Mujer, 2021). Las *brechas de género*, reflejadas en la desigual distribución del trabajo no remunerado, se intersectan con otras desigualdades sociales como la pobreza, la

exclusión territorial y el acceso desigual a servicios. Además, la incorporación efectiva del tema del cuidado en *los planes e instrumentos de planeación territorial* es clave para garantizar acciones sostenidas y articuladas (Secretaría Distrital de la Mujer, 2021).

2.2. Análisis de las interacciones entre niveles y factores propuestos a abordar

Partiendo de las necesidades de la estrategia Ali-hadas abordamos tres niveles clave en los cuales se enfocará la intervención para lograr sus objetivos: el nivel 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 o dificultar la implementación.

Nivel individual

Los factores como la disposición al cambio, el tiempo disponible, los conocimientos, la autopercepción y el estado de salud física y mental afectan directamente la forma en que las cuidadoras se vinculan a los procesos. No obstante, estas condiciones personales están fuertemente condicionadas por lo que ocurre a su alrededor. Por ejemplo, el estigma comunitario sobre su rol puede reforzar una baja autovaloración, mientras que la falta de espacios de reconocimiento territorial debilita su motivación para participar en iniciativas colectivas.

- ***Disposición al cambio***: Es fundamental reconocer que las mujeres cuidadoras pueden tener diferentes niveles de apertura frente a procesos formativos y organizativos. Esta disposición está influida por la carga emocional, experiencias previas y expectativas frente a los resultados del programa (Sistema Distrital del Cuidado & Alcaldía Mayor de Bogotá, 2025).
- ***Tiempo disponible***: Las jornadas extensas de cuidado no remunerado dificultan la asistencia sostenida a los espacios de formación. La estrategia debe prever alternativas logísticas (flexibilidad horaria, apoyos en el cuidado) para garantizar la participación (Sistema Distrital del Cuidado & Alcaldía Mayor de Bogotá, 2025).
- ***Condición socioeconómica***: Factores como bajos ingresos y dependencia económica inciden en la movilidad, la conectividad y la continuidad en procesos que demandan

recursos no siempre disponibles (Sistema Distrital del Cuidado & Alcaldía Mayor de Bogotá, 2025).

- ***Conocimientos***: Los saberes previos pueden influir positiva o negativamente en la confianza con que se enfrentan nuevos aprendizajes. Se requiere una aproximación pedagógica adaptativa que parta del reconocimiento de saberes situados (Shah, H. S., & Bohlen, 2023).
- ***Autopercepción:*** Muchas mujeres no se reconocen a sí mismas como lideresas o sujetas políticas, lo cual puede limitar su participación activa. El fortalecimiento de la autovaloración es clave en los primeros encuentros (Shah, H. S., & Bohlen, 2023).
- ***Salud física y mental:*** El agotamiento físico, el estrés crónico y la ansiedad derivados del rol de cuidadora afectan la energía y estabilidad emocional, incidiendo en la permanencia en los espacios de formación y participación (Figueiredo ET AL, 2022).

Nivel comunitario

El nivel comunitario influye sobre lo individual pero también se ve afectado por el respaldo institucional y político. La voluntad política a nivel local, cuando es débil o inestable, tiende a traducirse en falta de recursos o apoyo sostenido a las acciones de cuidado. Esto, a su vez, limita la generación de redes comunitarias sólidas y el reconocimiento del trabajo de las cuidadoras en sus entornos cercanos.

- ***Estigma***: Las cuidadoras suelen ser vistas solo desde su rol funcional, lo que contribuye a su invisibilización social. Las acciones deben promover cambios en la percepción comunitaria y posicionarlas como sujetas sociales activas.
- ***Rotación de personal territorial:*** Los cambios frecuentes en equipos comunitarios debilitan la confianza, desarticulan procesos iniciados y afectan la continuidad. Es necesario generar mecanismos de relevo que garanticen memoria institucional y comunitaria.
- ***Voluntad política***: La apertura o cierre a acciones de cuidado en el territorio depende, en gran medida, de decisiones políticas locales. Las estrategias deben prever escenarios de baja receptividad institucional para no depender exclusivamente de apoyos coyunturales.

Nivel de políticas públicas

Desde el nivel de políticas públicas, factores como el marco normativo, las brechas de género, las desigualdades sociales y la ausencia del cuidado en los instrumentos de planeación territorial pueden perpetuar las condiciones de exclusión. Si no se reconoce el cuidado como una dimensión estructural del bienestar, las acciones que se generen a nivel individual o comunitario tienden a fragmentarse o desaparecer al término de los proyectos.

- ***Marco normativo:*** Aunque existen avances en materia de cuidado, la fragmentación normativa y la falta de operativización limitan su aplicación en territorio. Es clave alinear la estrategia con la política nacional de cuidado y promover rutas locales claras (Secretaría Distrital de la Mujer, 2021).
- ***Brechas de género***: Las desigualdades estructurales que enfrentan las mujeres cuidadoras están atravesadas por la división sexual del trabajo. Estas brechas deben ser reconocidas no solo como contexto, sino como eje estructurante de la intervención (Women Lift Health, 2024).
- ***Desigualdades sociales:*** Las condiciones de pobreza, exclusión territorial y falta de acceso a servicios básicos refuerzan la sobrecarga y limitan las posibilidades de agencia. Se requiere posicionar el cuidado como una prioridad transversal en las agendas públicas.
- ***Planeación territorial***: La incorporación del enfoque de cuidado en los planes de desarrollo y otros instrumentos territoriales es escasa. Es necesario generar insumos que permitan visibilizar el tema e incidir en su integración como línea estratégica (Secretaría Distrital de la Mujer, 2021).

3. Descripción de la intervención.

La estrategia Ali-hadas 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 se enmarca en la “Política Pública de Mujeres y Equidad de Género 2020–2030” (CONPES 14) y el Acuerdo 893 de 2023, que

institucionaliza el Sistema Distrital de Cuidado en Bogotá D.C. 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.

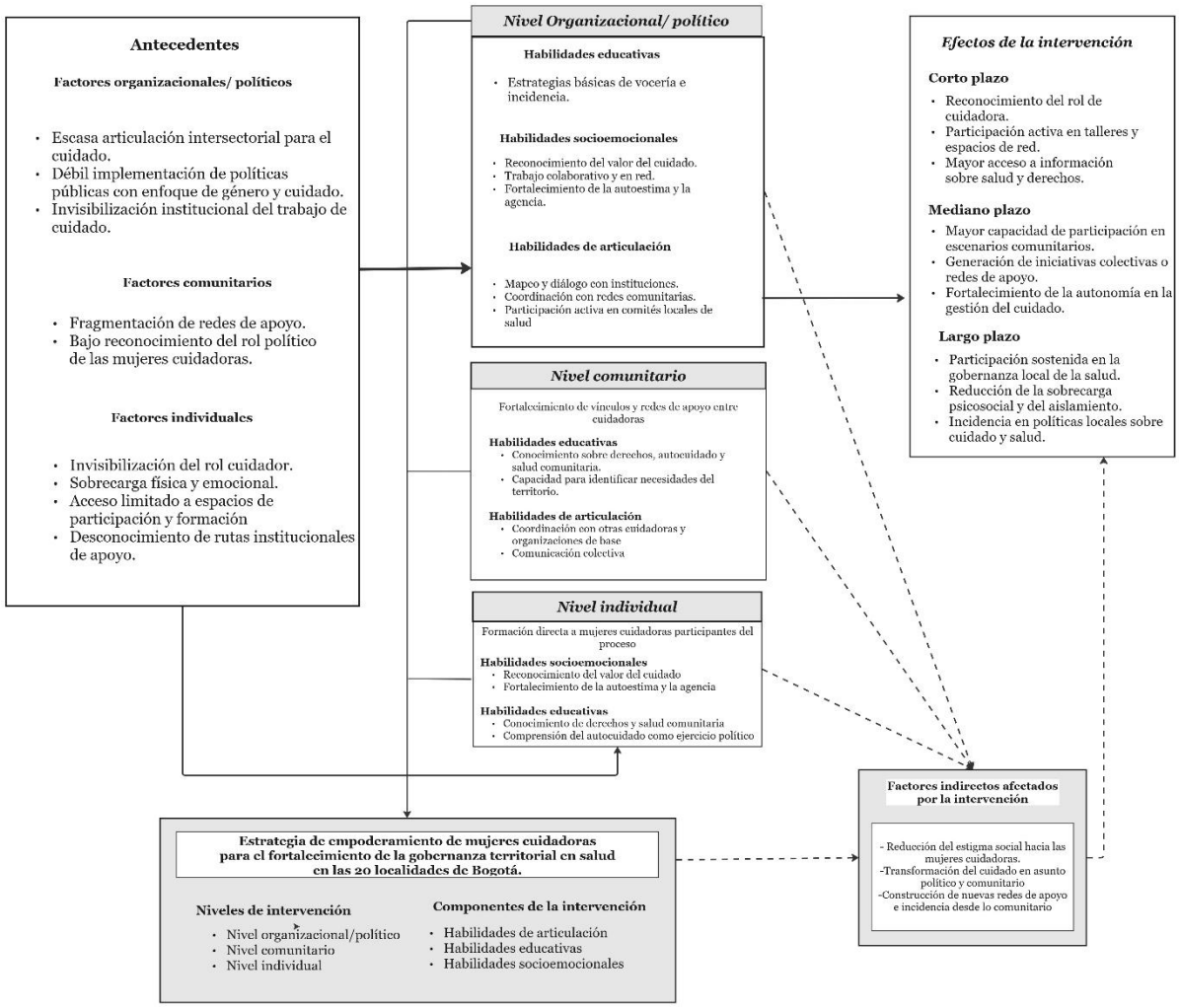
3.1. Tipo de intervención

La estrategia Ali-hadas se configura como una intervención comunitaria de carácter participativo, territorial y formativo, orientada a la transformación de condiciones estructurales que afectan a mujeres cuidadoras de niños y niñas con enfermedades huérfanas o discapacidad. 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.

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 los enfoques de salud pública crítica, participación social transformadora y determinación social de la salud.

3.2. Modelo conceptual

Figura 2 . Modelo de la estrategia de empoderamiento de mujeres cuidadoras para el fortalecimiento de la gobernanza territorial.



Fuente: *Elaboración propia.*

3.3. Alcance de la intervención

La estrategia Ali-hadas tiene un alcance en el fortalecimiento de habilidades individuales, la creación de redes comunitarias de apoyo y la participación política de las cuidadoras en escenarios territoriales de decisión. La intervención articulada procesos formativos, acciones colectivas e incidencia en políticas públicas, con el fin de transformar el rol del cuidado en un asunto público y estratégico para la salud y el bienestar comunitario.

4. Objetivos

- 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 entornos de vida y bienestar integral individual y colectivo.

- Objetivos específicos

1. Fortalecer y certificar 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.
2. 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.
3. Diseñar de manera participativa un programa de vigías comunitarias 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.
4. 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.

4.1. Resultados esperados

1. Mujeres cuidadoras de las 20 localidades capacitadas y fortalecidas en participación y liderazgo social transformador en salud, y con herramientas para incidir de manera consciente en la gobernanza comunitaria territorial.
2. Redes de apoyo intersectoriales implementadas, con la participación directa de organizaciones comunitarias y en articulación con actores institucionales para desarrollar acciones en salud territorial, alrededor de ejes prioritarios identificados.

3. Programa de vigías comunitarias en salud, diseñado de manera participativa con perspectiva de género e inclusión.
4. Documento de sistematización de la experiencia elaborado, con lecciones aprendidas, buenas prácticas y recomendaciones de cada uno de los componentes claves del proyecto.

4.2.Teoría del cambio

El empoderamiento, autocuidado y gobernanza territorial de las mujeres cuidadoras debe producir cambios y explicar las condiciones en que estos se produjeron.

4.2.1. Mecanismos de cambio

A partir del modelo socio ecológico se abordaron factores claves que influyen sobre la implementación de los componentes clave de la estrategia.

Nivel individual - Teoría del empoderamiento

- ***Aplicado al empoderamiento personal de mujeres cuidadoras***

La teoría del empoderamiento, tal como la define Zimmerman, plantea que el empoderamiento individual ocurre cuando una persona adquiere la capacidad de tomar decisiones informadas y ejercer control sobre los aspectos relevantes de su vida. Esto implica el desarrollo de tres dimensiones interrelacionadas: la conciencia crítica, la autoeficacia (sentido de capacidad personal) y la capacidad real de acción (Zimmerman, 2000).

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).

Nivel comunitario - Teoría de la agencia colectiva
Aplicado a la organización y acción conjunta entre mujeres cuidadoras

La teoría de la agencia colectiva, desarrollada a partir del trabajo de Bandura y ampliada por autores como Yolles, Fink y Frieden, plantea que los actores sociales pueden generar transformaciones significativas cuando actúan de manera conjunta con base en metas compartidas, estrategias coordinadas y una identidad colectiva. A diferencia de la agencia individual, que se enfoca en la capacidad de decisión propia, la agencia colectiva requiere el desarrollo de un sentido compartido de eficacia y responsabilidad grupal (Yolles et al, 2010; Ganga et al, 2015).

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. Así, la agencia colectiva se convierte en una forma de disputar poder en el territorio, no desde la confrontación directa, sino desde la creación de prácticas organizadas, visibles y sostenidas (Yolles et al, 2010; Ganga et al, 2015).

Nivel organizacional/político - Teoría del capital social

Aplicado a la participación incidente de mujeres cuidadoras en la gobernanza territorial en salud

La teoría del capital social, tal como la plantea Robert Putnam, sostiene que la capacidad de una comunidad para actuar colectivamente y participar en la toma de decisiones públicas depende del tejido social que la compone: redes cívicas, normas de reciprocidad y niveles de confianza entre sus miembros. El capital social no es solo una condición social deseable, sino un recurso estratégico que permite a los actores comunitarios ejercer poder colectivo e incidir sobre las instituciones (Corao, 2006; Urteaga, 2013).

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).

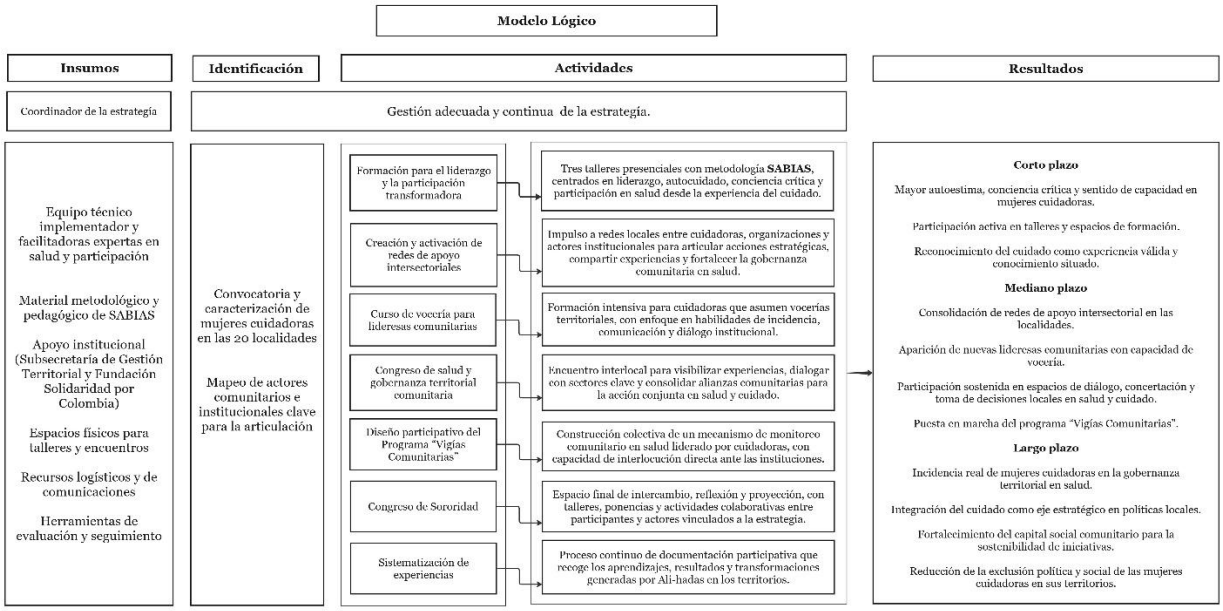
4.3.Fases de la intervención y actividades principales

Como parte de las fases de intervención y actividades principales de la estrategia Ali-hadas, el modelo lógico permite visualizar de forma estructurada los insumos necesarios, las acciones desarrolladas, los productos generados y los resultados esperados a corto, mediano y largo plazo.

4.4.1. Modelo lógico

El modelo lógico de la estrategia Ali-hadas resume de forma estructurada los elementos clave que orientan su implementación: los insumos necesarios, las acciones principales, los productos o entregables generados y los resultados esperados en distintos plazos. Este modelo se basa en un enfoque territorial, interseccional y participativo, articulando actividades formativas, organizativas y de incidencia política, con el fin de promover el empoderamiento de mujeres cuidadoras y su participación incidente en la gobernanza territorial en salud. La organización del modelo por componentes operativos permite visualizar cómo cada componente de la intervención contribuye de forma progresiva al logro de los objetivos de transformación individual, comunitaria y política.

Figura 3. *Modelo lógico de la estrategia Ali-hadas para el empoderamiento de mujeres cuidadoras en la gobernanza territorial.*



4.4.1. Criterios de análisis según tipo y alcance de la intervención

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.

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 los Vigías Comunitarios. 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.

4.4.2. Análisis de la sostenibilidad e implicaciones en equidad

La sostenibilidad de la estrategia Ali-hadas 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.

5. Plan de implementación

Para llevar a cabo esta estrategia, se plantean todas las actividades que se van a desarrollar por cada momento operativo.

Componente 1: Formación y certificación de cuidadoras para el liderazgo y la participación transformadora

Objetivo: Fortalecer y certificar las cuidadoras para el liderazgo y la participación transformadora, asimismo en la autoestima, conciencia crítica, autocuidado y liderazgo cotidiano de mujeres cuidadoras a través de un proceso formativo vivencial con enfoque SABIAS.

Actividad	Subactividad	Producto esperado
Diseño metodológico del proceso de formación	Elaboración de la guía metodológica de cada uno de los tres talleres	Documento guía metodológica
Alistamiento logístico y operativo para los talleres	Gestión de espacios, materiales, refrigerios, equipos técnicos y humanos	Informe de alistamiento logístico + registro fotográfico

Implementación de los talleres (3 por localidad, en grupos de 20 mujeres)	Desarrollo de sesiones con contenidos de SABIAS (liderazgo, derechos, cuidado, participación, etc.)	Informes por taller, actas de asistencia, materiales entregados
Evaluación del proceso formativo	Aplicación de pruebas pre-post sobre conocimientos, percepción de liderazgo, autoeficacia	Análisis comparativo pre-post; encuesta de satisfacción
Sistematización participativa de experiencias	Recuperación de testimonios, frases clave, productos visuales o escritos realizados durante los talleres	Relato sistematizado por localidad o módulo

Componente 2: Creación y activación de redes de apoyo intersectoriales

Objetivo: Impulsar la conformación de redes de apoyo entre mujeres cuidadoras, organizaciones comunitarias y actores institucionales para fortalecer la gobernanza territorial en salud.

Actividad	**Subactividad**	**Producto esperado**
Mapeo participativo de actores comunitarios e institucionales	Identificación de liderazgos locales, colectivos organizados, sectores clave en salud y cuidado	Mapa de actores por localidad; base de datos actualizada
Convocatoria a encuentros de concertación	Elaboración y difusión de invitaciones, logística y facilitación de encuentros	Actas de reunión, listados de asistencia, sistematización de acuerdos
Facilitación de espacios de diálogo y diagnóstico intersectorial	Desarrollo de mesas de trabajo sobre problemáticas locales en salud y cuidado	Matrices de problemáticas y propuestas por territorio
Construcción colectiva de las redes	Definición participativa de objetivos, principios, roles, mecanismos de articulación	Documento de conformación de red local por territorio; compromisos firmados

Elaboración de planes de acción territoriales	Identificación de acciones conjuntas entre cuidadoras y sectores aliados en salud	Plan de acción local intersectorial por red; cronograma de acciones
Seguimiento inicial a la activación de redes	Verificación de reuniones de seguimiento, continuidad de acciones y circulación de información	Informe de avance de redes activadas; evidencias de articulación (actas, comunicaciones, etc.)

Componente 3: Curso de vocería para lideresas comunitarias

Objetivo: Potenciar las capacidades de mujeres cuidadoras con perfil de liderazgo para ejercer vocerías territoriales con incidencia política en salud y cuidado.

Actividad	**Subactividad**	**Producto esperado**
Selección participativa de mujeres cuidadoras con potencial de vocería	Identificación por parte de redes locales y organizaciones aliadas; verificación de criterios mínimos	Listado consolidado de participantes por localidad
Diseño del curso de vocería	Estructuración metodológica y temática del curso (módulos, tiempos, enfoque)	Malla curricular; plan de formación aprobado

Implementación del curso	Desarrollo de sesiones presenciales o virtuales según el contexto territorial	Registro de asistencia; memorias de sesión; material de apoyo entregado
Ejercicios prácticos de vocería	Simulacros, prácticas de vocería, análisis de casos reales	Rúbricas de evaluación; productos de simulación (intervenciones, propuestas, etc.)
Elaboración de planes de vocería territorial	Construcción de rutas de incidencia por parte de cada participante o colectivo local	Documento de planes de vocería por lideresa o grupo
Evaluación y certificación	Cierre del proceso con evaluación individual y entrega de constancias	Actas de evaluación final; certificaciones entregadas

Componente 4: Congreso de salud y gobernanza territorial comunitaria

Objetivo: Generar un espacio de encuentro, diálogo y construcción colectiva entre mujeres cuidadoras, organizaciones comunitarias y actores del sector salud, educativo, político y social, para reflexionar sobre los desafíos en salud y gobernanza territorial, y consolidar alianzas estratégicas.

Actividad	**Subactividad**	**Producto esperado**
Diseño participativo del congreso	Construcción conjunta de la agenda temática con participación de cuidadoras y organizaciones	Documento de agenda concertada; cronograma oficial del evento
Convocatoria e inscripción de participantes	Difusión en redes territoriales; inscripción de delegaciones y actores aliados	Listado consolidado de asistentes por localidad y sector

Organización logística del evento	Selección de lugar, logística técnica, materiales, alimentación, transporte según requerimientos	Plan logístico ejecutado; registro fotográfico
Desarrollo del congreso	Realización de mesas de diálogo, paneles, actividades culturales, talleres y presentaciones de experiencias	Memorias del congreso; relatorías por mesa temática
Sistematización de propuestas y aprendizajes	Recopilación y análisis de aportes surgidos en el evento	Documento de sistematización del congreso; insumos para planes de incidencia colectiva
Seguimiento post-evento	Difusión de resultados y reactivación de contactos y compromisos establecidos durante el congreso	Documento de compromisos post-evento; comunicaciones de seguimiento

Componente 5: Diseño participativo del programa "Vigías Comunitarias"

Objetivo: Construir colectivamente un mecanismo de monitoreo comunitario en salud, liderado por mujeres cuidadoras, que permita fortalecer la interlocución directa con las instituciones.

Actividad	**Subactividad**	**Producto esperado**
Desarrollo técnico y participativo del programa	Reuniones con cuidadoras y actores institucionales para construir lineamientos, funciones y alcances	Documento de diseño del Programa Vigías Comunitarias
Construcción de ruta metodológica	Definición colectiva del funcionamiento del programa en los territorios	Ruta operativa y cronograma de implementación del programa

Definición de perfil y rol de las vigías comunitarias	Identificación de criterios de participación y acciones esperadas	Documento de perfil de vigías; ficha técnica del rol

Componente 6: Congreso de Sororidad

Objetivo: Generar un espacio final de intercambio y cierre donde las participantes y actores involucrados puedan compartir experiencias, aprendizajes y fortalecer vínculos a través de diversas actividades formativas y culturales.

Actividad	**Subactividad**	**Producto esperado**
Organización del Congreso de Sororidad	Planeación logística, convocatoria a participantes y aliados	Agenda oficial del evento; listado de asistentes por localidad
Desarrollo del evento	Realización de charlas, ponencias, talleres, conversatorios y conferencias	Memorias del congreso; relatorías por tipo de actividad
Sistematización de experiencias compartidas	Recopilación de testimonios y aprendizajes clave en el marco del evento	Documento de sistematización del Congreso de Sororidad

Componente 7: Sistematización de experiencias

Objetivo: Documentar de forma continua y participativa el desarrollo, aprendizajes y transformaciones generadas por la estrategia Ali-hadas, con base en evidencias, registros y testimonios recopilados durante la intervención.

Actividad	**Subactividad**	**Producto esperado**

Recolección de insumos durante la implementación	Compilación de registros, actas, materiales de talleres, fotografías, testimonios, y productos clave	Archivo documental organizado; banco de evidencias territoriales
Construcción del documento de sistematización	Análisis participativo de experiencias, estructuración narrativa e integración de aprendizajes	Documento final de sistematización validado por el equipo técnico y participantes
Socialización de los resultados de la sistematización	Presentación de hallazgos a cuidadoras, actores institucionales y aliados comunitarios	Informe socializado en espacios de cierre o articulación interinstitucional

5.1.Definición de contenido

Anexar la guía metodológica de los talleres y cursos ya establecidos. (módulos, temáticas, horas)

5.2.Medios, actividades y recursos

La estrategia Ali-hadas se implementa mediante un conjunto articulado de medios, actividades y recursos diseñados para garantizar su pertinencia territorial y sostenibilidad. Los medios incluyen recursos humanos altamente calificados (facilitadoras con experiencia en salud comunitaria y participación), metodologías flexibles (como SABIAS), y herramientas de sistematización y evaluación participativa. Los recursos físicos y logísticos (espacios, materiales pedagógicos, apoyo institucional) permiten el desarrollo efectivo de los talleres, cursos, encuentros y procesos de articulación comunitaria *(especificar más donde se van a llevar a cabo estos espacios cuando ya se tengan).*

Las actividades están estructuradas en siete momentos operativos que incluyen formación, fortalecimiento de redes, vocería, monitoreo comunitario, eventos inter locales y sistematización. Esta combinación permite impactar simultáneamente los niveles individual, comunitario y político de las mujeres cuidadoras. A continuación, se realiza una descripción de todas las actividades por cada momento operativo.

6. Evaluación para la intervención planteada.

6.1. Tipos de evaluación

La evaluación de la estrategia Ali-hadas se plantea como un proceso integral, articulado a cada fase del proyecto, que permita comprender no solo los resultados, sino también cómo, por qué y en qué condiciones se producen los cambios que se esperan. Teniendo en cuenta que se trata de una intervención compleja, comunitaria y con fuerte anclaje territorial, se propone una evaluación formativa, de proceso y de impacto, guiada por los principios de evaluación basada en teoría y centrada en el contexto.

Evaluación formativa

Esta fase se llevará a cabo antes de la implementación completa, y servirá para afinar los contenidos, métodos y materiales formativos, asegurando su pertinencia frente a las realidades de las mujeres cuidadoras. Esta evaluación permitirá anticipar posibles barreras de acceso, ajustar los lenguajes, validar enfoques pedagógicos, y verificar que los recursos y contenidos estén alineados con los objetivos de empoderamiento y participación transformadora.

Se aplicarán herramientas como grupos focales, talleres de validación de contenidos y revisión de materiales con líderes comunitarias. Esta fase es clave para mejorar la calidad y la aceptabilidad de lo que se va a implementar.

Evaluación de proceso

La evaluación de proceso permitirá hacer seguimiento continuo a la implementación real de las actividades, con el fin de identificar desviaciones, barreras, oportunidades de mejora y factores contextuales que influyen en el desarrollo del proyecto.

Se busca responder preguntas como:

- ¿Qué se está implementando y cómo?
- ¿Qué mecanismos están favoreciendo el cambio?
- ¿Qué barreras enfrentan las participantes?
- ¿Qué tan satisfechas están con lo recibido?
- ¿Qué tanto se adaptó la estrategia a las condiciones de cada territorio?

Se recogerá información mediante bitácoras de campo, encuestas de satisfacción, entrevistas, observación directa y grupos focales. Esta evaluación también considerará la fidelidad de la implementación, es decir, qué tanto se ejecuta lo planeado, sin perder de vista la flexibilidad necesaria en procesos comunitarios.

Evaluación de impacto

Esta evaluación se enfocará en los cambios a corto y mediano plazo que genera la estrategia en las mujeres cuidadoras y en sus entornos. Medirá transformaciones individuales (en liderazgo, autoeficacia, conciencia crítica), comunitarias (redes, organización colectiva) y políticas (capacidad de vocería, incidencia territorial).

También se tendrán en cuenta efectos no deseados y aprendizajes emergentes, así como el grado de apropiación de la estrategia por parte de las participantes.

Se aplicarán encuestas estructuradas, análisis de testimonios, estudios de caso y sistematización de experiencias.

Indicadores de evaluación

Partiendo de los 7 componentes que estructuran la estrategia proponemos los siguientes indicadores, teniendo en cuenta los tipos de evaluación planteados anteriormente.

Componente 1. Indicadores de evaluación en la formación de cuidadoras para el liderazgo y la participación transformadora.

Tipo de indicador	Indicador	Frecuencia	Herramienta de Evaluación
Producto	Número de talleres realizados por localidad	Mensual	Registro de ejecución y asistencia
Resultado	Porcentaje de mujeres que comprenden al menos dos conceptos clave del módulo	Antes y después de cada módulo realizado	Encuesta pretest y post-taller (tipo Likert)

Resultado	Porcentaje de participantes que se sienten identificadas con el enfoque y contenidos	Al final de cada modulo	Encuesta de percepción
Proceso	Porcentaje de sesiones donde hubo participación activa de al menos el 70% del grupo	En cada sesión	Registro de asistencia + observación con rúbrica
Resultado	Variación en puntajes de escala de autoeficacia antes y después del proceso	Pre y post intervención	Encuesta estructurada con escala tipo Likert + análisis de diferencia de medias (t-test o Wilcoxon)
Resultado	Cambios y percepción en cómo las mujeres nombran su rol como cuidadoras y ciudadanas	Pre y post intervención	Análisis temático + Escala de agencia colectiva adaptada
Impacto	Medición de conocimientos	Cuestionarios pre y post	Encuesta estructurada con escala tipo Likert

Aquí estarían los demás indicadores por cada componente (esto quedo en revisarse entre todos).

7. Consideraciones éticas

La estrategia Ali-hadas reconoce que trabaja con una población históricamente invisibilizada: mujeres cuidadoras de personas con discapacidad o enfermedades huérfanas, muchas de las cuales han vivido situaciones de sobrecarga, exclusión y desigualdad estructural. Por ello, el componente ético no se limita al cumplimiento formal de normas, sino que atraviesa toda la intervención desde un enfoque de dignidad, respeto, autonomía y participación.

Se contemplan las siguientes consideraciones:

Consentimiento informado y voluntariedad. Toda participación será voluntaria, sin coerción, y basada en el consentimiento informado. Las mujeres serán informadas con

claridad y lenguaje accesible sobre los objetivos del proyecto, su rol dentro del mismo, y el uso de la información recopilada.

Protección de datos e identidades. Se garantizará la confidencialidad de los datos personales, testimonios y narrativas recogidas durante los procesos de formación, evaluación o sistematización. Ninguna información será divulgada sin autorización expresa de las participantes.

No revictimización ni exposición innecesaria. Se evitará exponer a las cuidadoras a relatos o situaciones que puedan resultar emocionalmente invasivas o estigmatizantes. Se promoverán espacios seguros de participación, con acompañamiento emocional cuando se identifiquen posibles afectaciones.

Autonomía y co-construcción. Se reconocerá a las cuidadoras como sujetas políticas, no como beneficiarias pasivas. Todas las fases del proyecto –desde el diseño hasta la evaluación– buscarán su participación activa y respetuosa.

Retribución simbólica y reconocimiento del tiempo de las participantes. Se tendrán en cuenta los tiempos y cargas de cuidado de las mujeres. Por ello, se buscará que los espacios sean significativos, se reconozca su aporte simbólica o logísticamente, y se eviten formatos extractivos.

8. Referencias

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género (LC/CRM.15/3), Santiago, 2022.Disponible en: https://conferenciamujer.cepal.org/15/es/documentos/la-sociedad-cuidado-horizonte-recuperacion-sostenible-igualdad-genero
2. Organización de las Naciones Unidas (2016). Redistribuir el trabajo no remunerado. Disponible en: https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/csw61/redistribute-unpaid-work

3. International Labour Organization (2018). Care work and Care jobs for the future of decent work. Available from: www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40dgreports/%40dcomm/%40publ/documents/publication/wcms_633135.pdf
4. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El futuro del cuidado en América Latina y el Caribe, una oportunidad de desarrollo e inclusión. 2023. Disponible en: https://blogs.iadb.org/salud/es/el-futuro-del-cuidado-en-america-latina-y-el-caribe-una-oportunidad-de-desarrollo-e-inclusion/
5. Departamento de Administración Nacional de Estadística (2022). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT). Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-nacional-del-uso-del-tiempo-enut#:~:text=En%202020%2D2021%2C%20a%20nivel,horas%206%20minutos%20en%20promedio
6. Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2025). Determinantes sociales de la salud. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud
7. Escandell-Rico, F. M., & Pérez-Fernández, L. (2022). Impacto en la salud y sus determinantes de las personas mayores cuidadoras [Impact on the health and its determinants of the elderly caregivers]. *Atencion primaria*, *54*(10), 102464. Available from: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102464
8. Vélez Álvarez, Consuelo, Escobar Potes, María del Pilar, & Pico Merchán, María Eugenia. (2013). Determinantes sociales de la salud y el trabajo informal. *Revista Costarricense de Salud Pública*, *22*(2), 156-162. Retrieved May 06, 2025, from. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409142920130002000011&lng=en&tlng=es.
9. Toffoletto, Maria C. y Reynaldos-Grandón, Katiuska L.Determinantes sociales de salud, sobrecarga familiar y calidad de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Revista de Salud Públic. 2019, v. 21, n. 2 pp. 154-160. Disponible en: https://doi.org/10.15446/rsap.V21n2.76845.

10. Women Lift Health (2024). The Hidden Weight: Exploring the Disproportionate Burden of Care on Women Leaders in Global Health. Avaolable from: https://www.womenlifthealth.org/article/the-hidden-weight-exploring-the-disproportionate-burden-of-care-on-women-leaders-in-global-health/#:~:text=Women%20often%20find%20it%20physically,vulnerability%20and%20risk%20of%20violence.
11. Bernal-Ordoñez, L. K., NIño-Gutiérrez, E. L., Casanova, M. L., Treviño Del Campo, F., Rodríguez, A., & Jiménez García, D. A. (2024). Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: revisión sistemática exploratoria. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, *48*, e135. https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.135
12. Aviles, A. & Mavesoy, F. E. (2020). *El Empoderamiento como herramienta para el Auto reconocimiento y gestión de las emociones en mujeres de Florencia Caquetá.*Repositorio Institucional UNAD. https://repository.unad.edu.co/handle/10596/36911
13. Cities Change (2022). Aprendiendo de las iniciativas de cuidado comunitario en Bogotá. Disponible en: https://www.citieschange.org/content/uploads/2023/11/CHANGE_CaringCities_SpanishReport_Bogota_Web.pdf
14. Sistema Distrital del Cuidado & Alcaldía Mayor de Bogotá (2025). Manzanas del cuidado. Disponible en: https://manzanasdelcuidado.gov.co/
15. Alcaldía Mayor de Bogotá (2023). ¡16 Manzanas del Cuidado y más de 300 mil atenciones a mujeres en 3 años! Disponible en: https://bogota.gov.co/mi-ciudad/mujer/distrito-ha-brindado-mas-de-330-mil-atenciones-en-manzanas-del-cuidado#:~:text=Distrito%20ha%20brindado%20m%C3%A1s%20de,Cuidado%20%7C%20Bogota.gov.co
16. Golden SD, McLeroy KR, Green LW, Earp JAL, Lieberman LD. Transformando el modelo socioecológico para orientar las iniciativas de promoción de la salud hacia el cambio político y ambiental. Educación y comportamiento en salud. 2015;42(1_suppl):8S-14S. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25829123/

17. Gómez Gutíerrez LF, Lucumí Cuesta DI. Modelos socioecológicos y salud pública: una perspectiva desde la agencia humana. Salud UIS. 2024; 56: e24011. doi: https://doi.org/10.18273/saluduis.56.e:24011
18. Figueiredo, L. C., Barbosa, G. C., Monteiro, D. Q., Martins, G., Silva, A. F. O. E., Ruy, L. F. T., Sato, T. O., & Gratão, A. C. M. (2022). Factors associated with symptoms of physical and emotional burden in informal caregivers of the elderly. *Revista brasileira de enfermagem*, *75Suppl 4*(Suppl 4), e20210927. Available from: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0927
19. Secretaría Distrital de la Mujer (2021). Política Pública De Mujeres y Equidad de Género 2020-2030. Disponible en: https://www.sdmujer.gov.co/sites/default/files/2021-03/documentos/doc_conpes_d.c_14_ppmyeg_1.pdf
20. Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Moral-Fernández, L., Palomino-Moral, P. Á., López-Martínez, C., & del-Pino-Casado, R. (2019). Motivos y percepciones del cuidado familiar de mayores dependientes. Enfermería Clínica, 29(1), 33–39. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.06.008
21. Shah, H. S., & Bohlen, J. (2023). Implicit Bias. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36944001/
22. Zimmerman, M. A. (2000). *Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis*. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), Handbook of Community Psychology (pp. 43–63). Springer. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-4193-6_2
23. Yolles, M., Fink, G., & Frieden, R. (2010). *A theory of the collective agency*. Working Paper Series, MODUL University Vienna. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-50512015000300002
24. Ganga Contreras, Francisco Aníbal, Ramos Hidalgo, María Encarnación, Leal Millán, Antonio Genaro, & Valdivieso Fernández, Patricio Eugenio. (2015). Teoría de agencia (TA): supuestos teóricos aplicables a la gestión

universitaria. *Innovar*, *25*(57), 11-25. Disponible en: https://doi.org/10.15446/innovar.v25n57.50324

25. Corao, Carolina. (2006). Capital social: premisas, problemas y perspectivas teóricas. *EPISTEME*, *26*(2), 75-91. Recuperado en 06 de mayo de 2025, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242006000200005&lng=es&tlng=es.
26. Urteaga, Eguzki. La teoría del capital social de Robert Putnam: Originalidad y carencias. Reflexión Política. 2013;15(29):44-60. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11028415005