





# 6.

---

## Las personas mayores: cuidados y cuidadores

---

Por Alejandro Díaz, Norma Sánchez, Soraya Montoya,  
Susana Martínez-Restrepo, María Cecilia Pertuz,  
Carmen Elisa Flórez, Lina María González B.

**Fundación Saldarriaga Concha**  
Carrera 11 # 94 – 02 of. 502  
Bogotá – Colombia

**Soraya Montoya González**  
Directora ejecutiva

**Fundación para la Educación Superior  
y el Desarrollo (Fedesarrollo)**  
Calle 78 # 9-91  
Bogotá – Colombia

**Leonardo Villar Gómez**  
Director ejecutivo

#### **Autores**

Alejandro Díaz  
Norma Sánchez  
Soraya Montoya González  
Susana Martínez-Restrepo  
María Cecilia Pertuz  
Carmen Elisa Flórez  
Lina María González

**Coordinación editorial**  
Natalia Valencia López

**Edición y corrección de estilo**  
Claudia Cadena Silva

**Diseño y diagramación**  
Gatos Gemelos Comunicación

**ISBN (Online)**  
En trámite



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial Compartirlgual 3.0 Unported](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).  
Publicación de la Fundación Saldarriaga Concha, todas las publicaciones FSC están disponibles  
en el sitio web [www.saldarriagaconcha.org](http://www.saldarriagaconcha.org)  
El contenido y las posiciones de la presente publicación son responsabilidad exclusiva de los autores  
y no comprometen a la Fundación Saldarriaga Concha y a Fedesarrollo

Cítese como:

Díaz, Alejandro; Sánchez, Norma; Montoya, Soraya, Martínez-Restrepo, Susana;  
Pertuz, María Cecilia, Flórez, Carmen Elisa y González, Lina. (2015). Las personas mayores:  
cuidados y cuidadores Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 103p.

# Contenido

<b>6.1. Introducción</b>	6
<b>6.2. Marco teórico</b>	9
6.2.1. La definición del cuidado	9
6.2.2. Género y cuidado	11
6.2.3. El cambio en las estructuras familiares y los retos del cuidado intrafamiliar	14
6.2.4. Revisión de buenas prácticas sobre el cuidado: nacionales e internacionales	16
<b>6.3. Marco normativo</b>	26
<b>6.4. Análisis y resultados cuantitativos y cualitativos</b>	27
6.4.1. Demanda de cuidado de las personas mayores y las próximas generaciones	27
6.4.2. Principales fuentes de cuidado a las que recurren las personas mayores	31
6.4.3. Necesidades que la persona mayor espera satisfacer a través del cuidado que le sea provisto: resultados cualitativos	43
6.4.4. Dependencia y autonomía: determinante de las relaciones de cuidado	47
6.4.5. Niveles de dependencia en las personas mayores y el cuidado	48
6.4.6. El cuidado de las personas mayores y las enfermedades crónicas	58
6.4.7. Efectos derivados de la provisión de cuidado	62
6.4.8. Intervención del cuidador en la provisión de cuidado a las personas mayores: cuidado directo e indirecto	66
<b>6.5. Oferta del cuidado que proveen las personas mayores</b>	68
6.5.1. El tiempo dedicado al cuidado	68
6.5.2. Persona mayor cuidadora	74
6.5.3. Necesidades que atiende la persona mayor cuidadora: necesidades básicas, instrumentales y socioemocionales	83
6.5.4. Efectos del cuidado en las personas mayores cuidadoras	84
<b>6.6. Conclusiones e implicaciones de política</b>	90
6.6.1. Conclusiones	90
6.6.2. Recomendaciones	94
<b>6.7. Referencias bibliográficas</b>	97



## 6.1. Introducción

Este capítulo se ocupa del cuidado de las personas mayores, de las características de dicho cuidado –número de horas, tipo de cuidado– y su relación con cierto tipo de discapacidades o enfermedades crónicas. Por otro lado, analiza a quiénes están cuidando las personas mayores y quiénes los cuidan a ellos.

Varios estudios sobre países de América Latina y el Caribe señalan que la presencia de personas mayores en el hogar, por el cuidado que algunas de ellas pueden requerir, afecta la participación laboral de los miembros de la familia, sobre todo de las mujeres (Chioda, 2011). En ausencia de servicios de cuidado públicos, o debido a sus altos costos o a la falta de tradición institucional y comunitaria del cuidado, los familiares con personas mayores a cargo, especialmente las mujeres, enfrentan serios problemas para conciliar las responsabilidades laborales con las familiares. Esto puede provocar la pérdida temporal o permanente de los trabajos remunerados (OIT, 2009, p. 5). Aunque la literatura habla principalmente del cuidado de los niños, se debe incluir el de las personas mayores, más aún si se tiene en cuenta que, con el envejecimiento de la población, aquel será cada vez más prioritario, como es ya el caso en algunos países de la OECD.

El cuidado como un obstáculo para acceder a trabajos remunerados les causa más dificultades a las mujeres de los hogares pobres, generalmente con menos educación, un mayor número de personas a su cuidado y recursos limitados o inexistentes para recibir ayuda externa, siquiera con una parte de la carga del cuidado (Ullmann, Maldonado y Rico, 2014). Se estima que el 36.6 % de las mujeres en Colombia son pobres en tiempo e ingresos, en comparación con el 34.4 % de los hombres. Estos resultados empeoran si se tiene en cuenta el hecho de que los hogares, además de ingresos, necesitan un mínimo de trabajo doméstico y de cuidado para gozar de un cierto nivel de bienestar; esos trabajos no remunerados los hacen, principalmente, las mujeres. El estudio de Zacharias, Antonopoulos y Masterson (2012) señala que, para los pobres en tiempo e ingresos, la creación de empleo puede no ser una opción viable para salir de la pobreza y que, por esta razón, se necesitan estrategias complementarias, como una mayor inversión en políticas de cuidado que permitan reducir los déficits de tiempo y tengan en cuenta las diferencias de género.

Como en el resto de países de América Latina, se prevé que los cambios demográficos en Colombia tendrán como efecto el incremento de las personas mayores que requerirán ser cuidadas por sus familias, y una mayor demanda de servicios de cuidado institucionales. Actualmente, la mayoría de los servicios que reciben las personas mayores se canalizan principalmente a través de la ayuda informal, y de las redes primarias familiares y comunitarias.

Sin embargo, debido a los cambios en las estructuras familiares y al debilitamiento de los vínculos de apoyo de la familia y la comunidad, los sistemas informales de protección social son cada vez más deficientes, o sus costos son muy altos para la mayoría de la población. De hecho, el aumento de los hogares unipersonales, así como de los hogares con mujeres cabeza de familia, puede tener importantes efectos en las tendencias del cuidado de personas mayores en las próximas décadas.

El cambio es aún más notorio en las áreas rurales, debido al proceso de urbanización: los jóvenes migran hacia las ciudades en busca de mejores oportunidades de estudio y empleo, pero también forzados por el desplazamiento. El resultado es un envejecimiento más rápido de la población en estas zonas, y más soledad y abandono de las personas mayores.

En Colombia y en los países de la región latinoamericana, la consideración de las crecientes necesidades de cuidado, que plantean los cambios demográficos y de estructura familiar, son relativamente recientes. En los países desarrollados, el cuidado se instaló como una prioridad en la lista de preocupaciones sociales desde la década de los años setenta. En Latinoamérica, en cambio, este proceso se pospuso hasta finales de la década de los años ochenta: los sistemas tradicionales de cuidado seguían funcionando con relativa estabilidad, y las personas mayores no tenían un peso demográfico importante en el conjunto de la población (Huenchuan, 2009, p. 18). Esto a pesar de que los países latinoamericanos de renta media alta como Chile, Brasil y Colombia están viviendo una de las transiciones demográficas más rápidas del mundo. A pesar del creciente pero aún débil esfuerzo sobre el cuidado institucional de personas mayores en Colombia, no existen estimaciones concretas de los costos de ese cuidado, ni públicos ni privados.

El envejecimiento de la población, además, puede traer consigo aumentos insostenibles en el sistema de transferencias públicas –pensiones contributivas y no contributivas insostenibles–, y en el gasto público en salud, en la incidencia y

prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, y en las degenerativas, como demencias y enfermedades cerebrovasculares. La incidencia de enfermedades crónicas aumenta con el envejecimiento, como lo hace el número de visitas médicas, los medicamentos consumidos y las hospitalizaciones. Esto produce un fuerte impacto en el presupuesto familiar de la persona mayor y en el presupuesto público.

Los costos de atención en salud para las personas de 65 años o más son superiores a los de los jóvenes, pues los primeros están afectados de manera desproporcionada por enfermedades crónicas. Estas se asocian, a su vez, al aumento de la discapacidad y a la disminución de la calidad del envejecimiento (Cotlear, 2011, p. 135). Una mayor expectativa de vida, que viene acompañada del incremento de las enfermedades crónicas, genera, a su vez, más necesidad de cuidado familiar o institucional.

Es importante tener en cuenta que las personas mayores son cuidadas, pero, a su vez, son cuidadores. Ellos juegan un rol crucial como cuidadores de sus nietos pues, cuando los padres trabajan, ellos se quedan en la casa con sus nietos y también lo hacen, en el caso de las zonas rurales, cuando los padres emigran hacia las ciudades en busca de una mejor situación económica o forzados por la violencia. A su vez, las personas mayores, sobre todo las mujeres, que tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres, son cuidadoras de sus cónyuges y de sus padres.

Para ilustrar el rol de cuidado y de cuidadores de las personas mayores, se utilizan datos cualitativos recolectados en campo a partir de grupos focales en Nariño, Cundinamarca y Córdoba, con hombres y mujeres entre los 40 y los 60 años y de 60 años y más, de bajos, medios y altos ingresos, pensionados, víctimas del conflicto y desmovilizados. Se incluyen también dos estudios de caso en El Salado y Palenque, lugares que se caracterizan por una mayor presencia de la violencia y el conflicto, y dos grupos focales adicionales con líderes de las víctimas en Bogotá<sup>1</sup>.

El análisis cualitativo se complementa con el análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2012-2013, la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2012, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010 y la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en América

---

<sup>1</sup> Para mayor información sobre los grupos focales, consulte el anexo metodológico.

Latina y el Caribe (SABE) de Bogotá 2012. A partir de estas encuestas se analizan las variables relacionadas con la distribución del uso del tiempo de las personas mayores, las necesidades que manifiestan y proveen, las principales fuentes de cuidado, los efectos derivados del cuidado, las diferencias en las relaciones de cuidado, el cuidado intergeneracional, así como el que dan a quienes ellos cuidan. Esta información se presenta en la mayoría de los casos desagregada por sexo, área (urbana y rural), grupos etarios y estructura familiar<sup>2</sup>. El análisis del uso del tiempo se hace a partir de estadísticas descriptivas de cada una de las variables de interés.

En la segunda sección de este capítulo se revisa la literatura sobre el cuidado de las personas mayores y se explican las prácticas internacionales útiles para la formulación de políticas o programas de cuidado. En la tercera sección se presenta el marco legal que reglamenta el cuidado. En la cuarta se analiza la estructura de demanda de cuidado de las personas mayores y se revisan las diferencias entre grupos de edades para analizar las divergencias del tiempo asignado al cuidado de personas mayores y de personas más jóvenes. En la quinta sección se analiza la estructura de oferta de cuidado proveído por las personas mayores, incluido el rol de la persona mayor cuidadora, con énfasis en a quién cuida el adulto mayor. También se estudian las necesidades que ellos atienden y la intergeneracionalidad en el cuidado. Adicionalmente se contemplan las discapacidades y enfermedades crónicas que afectan a las personas y su relación con el cuidado. Finalmente, se discuten las implicaciones de política sobre el cuidado de las personas mayores.

## 6.2. Marco teórico

### 6.2.1. La definición del cuidado

Según Ravazi y Staab (2008), el cuidado se entiende como la ayuda y la asistencia proveída por una persona a quien lo requiere, e implica su intervención en las actividades diarias del solicitante, como bañarse y vestirse –actividades básicas de la vida diaria (ABVD)–; o en las labores domésticas, como arreglar la casa y cocinar, o el apoyo en temas de transporte y logística de actividades que

---

<sup>2</sup> Debido a la falta de las preguntas con las que se pudiera identificar el grupo de desplazados, para este grupo no se aplicó el análisis de cuidado y uso del tiempo.

sirven para facilitar el cuidado en actividades diarias –actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)–. El cuidado puede ejercerse de manera directa, cuando el cuidador interviene directamente en la acción de cuidar; o de manera indirecta, cuando supervisa el cuidado que hace un tercero. En la literatura, este tipo de cuidado se conoce como administración de cuidado (*care managing*).

Walker, Pratt y Eddy (1995) señalan que mientras el cuidado que se ejerce en ABVD y AIVD es de naturaleza unidireccional (del cuidador al receptor de cuidado), existe un tercer elemento de carácter bidireccional denominado apoyo o ayuda socioemocional, que hace referencia al intercambio emocional y afectivo de una relación de cuidado directa o indirecta. Así las cosas, la ayuda socioemocional advierte una dinámica de interdependencia que compensa al cuidador por sus servicios prestados y que fortalece los lazos entre este y el receptor de cuidado (Walker et al., 1995).

El servicio de cuidado puede ser formal, y es ofrecido comúnmente por las instituciones encargadas del Estado, por organizaciones sin ánimo de lucro o por el mercado de servicios de cuidado privados, o informal, que es el que ofrece la familia o las redes comunitarias de apoyo (Ravazi y Staab, 2008; Bazo y Ancizu, 2004). El cuidado informal no es remunerado, pues por lo general es prestado por familiares o allegados al solicitante, mientras que el cuidado formal implica que el proveedor de cuidado, que rara vez pertenece al círculo familiar, reciba una remuneración y que además cumpla con ciertos requisitos legales para ejercer esa labor.

El cuidado familiar se evidencia cuando una o más personas de la familia prestan ayuda o asistencia a otro miembro familiar, más allá de la requerida en el diario vivir (Walker et al., 1995). Sin embargo, los autores sugieren reconocer el cuidado en función del grado de dependencia de la persona para llevar a cabo una actividad diaria específica. Esto significa que la curación de una herida o la compra de mercado serán categorizadas como cuidado, siempre que el receptor no las pueda hacer por sí solo; de no ser así, se estaría hablando de ayuda intergeneracional, intermarital u otro tipo de relación intrafamiliar (p. 403). Con esto, queda claro que el cuidado depende en cierta forma de la capacidad funcional y de la autonomía de la persona, pero no de las actividades que reciben el apoyo.

Bookman y Kimbrel (2011) mencionan las principales dimensiones del cuidado que determinan la dinámica cuidador-receptor: (1) la dimensión temporal,

que hace énfasis en el corto o en el largo plazo, o la intermitencia en la asistencia a las personas mayores que solicitan cuidado; (2) dimensión geográfica, es decir, a la distancia y el desplazamiento entre quien recibe y quien provee el cuidado; (3) dimensión de residencia, que evalúa si la persona cuidada vive o si debería vivir con su cuidador, teniendo en cuenta factores de seguridad y de acceso; (4) dimensión financiera, que determina la obtención de cuidado de parte de la familia, el Estado, la comunidad o el mercado de servicio privado; (5) dimensión del estado de salud, y con ello el tipo de cuidado, instrumental o no, que la persona necesita; (6) dimensión ética y de representación legal, que alude al grado de involucramiento en la toma de decisiones de carácter legal o económico del cuidador en función del nivel de autonomía y dependencia de la persona que es cuidada; y (7) la dimensión emocional, moral y espiritual, que de alguna manera se encuentra ligada al concepto de ayuda socioemocional entre la persona que es cuidada y su cuidador (Walker et al., 1995).

### **6.2.2. Género y cuidado**

La carga de cuidado ha sido asumida comúnmente por la mujer, por razones tanto estructurales como ideológicas (Bazo y Ancizu, 2004; Walker et al., 1995), y relacionadas con la distribución desigual del cuidado por sexo (Esquivel, 2011). En América Latina, por ejemplo, el 71 % de los trabajadores del cuidado son mujeres empleadas en el servicio doméstico, y un 23 % son mujeres que ocupan trabajos vinculados con el cuidado. La feminización del cuidado, como se ve, es una tendencia mundial (Hopenhayn, Sojo y Mancero, 2012).

La presión de varios factores sociales y económicos ha hecho que en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, la mujer haya ido asumiendo las responsabilidades domésticas (Bazo y Ancizu, 2004), incluida la provisión de cuidado. En América Latina, como en la mayoría del mundo, el cuidado se brinda principalmente en forma no remunerada, en la esfera familiar, y la mujer es quien asume esta función (Hopenhayn et al., 2012). Más aún, la intensidad de cuidado de hombres y mujeres de los quintiles más pobres es mayor en la región, aunque en general las mujeres superan a los hombres en la cantidad de horas que dedican al cuidado (Ullmann et al., 2014).



Según Walker et al. (1995), el cuidado familiar informal ha recaído en las mujeres porque para ellas el costo de oportunidad de cuidar es inferior que para los hombres que, a pesar de estar igualmente cualificados, ganan más que las mujeres. Por su parte, Finley (1989) señala que las hipótesis de disponibilidad del tiempo, socialización e ideología, recursos externos y especialización de tareas, referidas comúnmente en la literatura para explicar las diferencias por sexo en el cuidado de las personas mayores en los hogares, no son válidas para explicar las diferencias por sexo en la provisión de cuidado intrafamiliar e invita a indagar en nuevas hipótesis sobre lo que lleva a la mujer a cuidar.

No obstante, las estructuras económicas y sociales han cambiado: la demanda de trabajo –especialmente en los países emergentes– y la pugna por la inclusión de la mujer en la esfera de la producción ha permitido una participación, cada vez mayor, de la mujer en el mercado laboral y con ella la capacidad de generar ingresos para su hogar (Bookman y Kimbrel, 2011; Bazo y Ancizu, 2004; Ravazi y Staab, 2008; Lahaie, Earley Heymann, 2012). Esto supone también una reducción de la oferta tradicional de cuidado (Esquivel, 2011).

Bazo y Ancizu (2004) subrayan la evidente asimetría en el cruce de roles entre hombres y mujeres, en el sentido que mientras la mujer participa en las labores domésticas y en la generación de ingresos simultáneamente, la intervención del hombre en la provisión de cuidado en la esfera familiar sigue siendo pasiva y en muchos casos marginal. Y en caso de participar en las obligaciones de cuidado, los hombres tienden a preferir ser administradores de cuidado o apoyar el cuidado instrumental, que ser proveedores directos (Finley, 1989). En este sentido, Ravazi y Staab (2008) se apoyan en esta disparidad para explicar por qué las mujeres son más pobres en tiempo (*time poverty*) y en ingresos que los hombres.

El resultado de esto es una sobrecarga para la mujer adulta, que se ve obligada a tratar de equilibrar su tiempo para trabajar y para cuidar, no solo a una persona mayor, sino también a sus hijos o a su cónyuge. Por esta razón, en muchos casos, el cuidado está relacionado con un deterioro de la salud mental y física de los cuidadores (Navaie-Waliser, Spriggs, y Feldman, 2002), o con la limitación de las oportunidades para el ocio, el ejercicio físico o para compartir tiempo con los amigos (Lahaie et al., 2012). Otros estudiosos (Bookman y Kimbrel, 2011; Wakabayashiy Donato, 2006) han evaluado la manera como la provisión de

cuidado –especialmente desde una edad temprana– conduce a un detrimento de la calidad y de los estándares de vida de la persona que cuida, en tanto tiene mayor probabilidad de vivir en situación de pobreza, en condiciones de salud negativas y en soledad (Bookman y Kimbrel, 2011; Ravazi y Staab, 2008; Wakabayashiy Donato, 2006). Lee y Tang (2013) concluyen que los múltiples roles de cuidado se asocian negativamente a la participación de la mujer en la fuerza laboral.

La literatura evidencia que la percepción anticipada de los cuidadores potenciales para atender las necesidades de los solicitantes de cuidado se concentra en la falta de preparación y en los recursos necesarios y suficientes para proveerlo (Brank y Wylie, 2014), lo que puede desatar una carga de estrés anticipada para los potenciales cuidadores. Teniendo esto en cuenta, el cuidador podría enfrentar situaciones de estrés no solo durante el cuidado, sino previo al mismo. Bazo y Ancizu (2004) añaden que la provisión de cuidado por parte de la mujer, en detrimento de su trabajo, conduce en el largo plazo a la dependencia económica y con esto a una dinámica perversa que pareciera auto perpetuar el rol de la mujer en el cuidado intrafamiliar.

Sin embargo, existe otra vertiente en la literatura del cuidado que sostiene que la combinación entre el trabajo y las obligaciones de cuidado en ciertos contextos favorables, es benéfica para la salud mental, física y de relaciones de los cuidadores, además de mejorar la autoestima y los ingresos económicos (Lahaie et al., 2012; Lee y Tang, 2013). Esta aproximación del cuidado se basa en los principios de los efectos de realce (*enhancement effects*), derivados de la teoría de roles, según los cuales asumir varias tareas o responsabilidades le reporta un beneficio a la persona que las realiza. Según otros estudios (Sieber, 1974 en Lee y Tang, 2013), las responsabilidades propias del cuidado generan respuestas positivas en el cuidador: al acumular roles, se estimula la motivación personal y el deseo de poder conciliar o compensar adecuadamente el tiempo y los recursos entre el trabajo y el cuidado, no solo a una persona mayor, sino también a sus hijos y a su cónyuge.

En todo caso, las proyecciones demográficas, económicas y de estructuras sociales imponen un reto para el cuidado de las personas mayores y sus cuidadores, particularmente en las familias de clase media, dado que, por lo general, estas perciben ingresos de trabajos formales, tienen horarios de trabajo establecidos, menos flexibilidad que las personas con trabajos informales y por ende menos disponibilidad de tiempo para cuidar. Más aún, no cuentan con



los recursos suficientes para contratar costosos servicios privados de cuidado (Bookman y Kimbrel, 2011), lo que en el largo plazo conduce a un círculo vicioso de desigualdad (Hopenhayn et al., 2012).

En algunas circunstancias, la escasa flexibilidad de las mujeres en sus puestos de trabajo hace que sean más propensas a recortar sus horarios, a rechazar ascensos o incluso a renunciar para atender sus obligaciones de cuidado, tal como lo demuestran Lahaie et al. (2012) en su estudio. En consecuencia, terminan penalizando sus ingresos, disminuyendo su capacidad de ahorro y en algunos casos sus aportes pensionales (Wakabayashiy Donato, 2006). La literatura explica estas consecuencias a la luz de la teoría de la desventaja acumulativa: los efectos de proveer cuidado se van acumulando con el tiempo, conllevando a sacrificios económicos y personales que no suelen superarse fácilmente y que apresan a la persona en situaciones desfavorables (Wakabayashi y Donato, 2006). Teniendo en cuenta que la expectativa de vida de las mujeres supera la de los hombres, después del fallecimiento de su cónyuge están llamadas a velar por su propio cuidado, estancadas en la pobreza.

### ***6.2.3. El cambio en las estructuras familiares y los retos del cuidado intrafamiliar***

Los cambios en las estructuras familiares de los hogares son determinantes de la carga y de los roles de los cuidadores de las personas mayores (Bookman y Kimbrel, 2011). En primer lugar, en América Latina, el incremento de los hogares unipersonales, la reducción de los hogares nucleares biparentales y el aumento de los hogares monoparentales con jefatura femenina son un fenómeno que afecta el cuidado en el sentido que la cabeza de familia asume simultáneamente labores de cuidado y de generación de ingresos (Ullmann et al., 2014). En el caso colombiano, los mismos autores señalan el incremento de los hogares nucleares monoparentales: de un 10.9 % en el año 2000, pasaron al 13.2 % en 2010; los hogares unipersonales, por su parte, pasaron del 7.2 % al 12.6 %, respectivamente.

Lo anterior implica, en primer lugar, que hay una tendencia a que las personas vivan solas y por ende a que se procuren ellas mismas su cuidado, o a que prevean recursos suficientes para solicitar los servicios privados de cuidado, o bien que mantengan lazos familiares lo suficientemente fuertes como para pedir

asistencia en caso de requerirla. En segundo lugar, el incremento de los hogares monoparentales supone una sobrecarga laboral y doméstica potencial para la cabeza del hogar, que en varios casos recae en la mujer.

Por último, cabe señalar los efectos de los cambios en las estructuras familiares. En la actualidad, las familias tienden a ser más pequeñas: tienen menos hijos. La implicación de este cambio en el mediano y largo plazo tiene que ver con la carga de cuidado, que tenderá a concentrarse –el cuidado parental– porque la red de hermanos, que es la que permite repartir las cargas de cuidado, es cada vez más reducida.

De la misma forma, el aumento de la expectativa de vida de la población colombiana y la consecuente longevidad de las personas mayores transformarán las dinámicas de cuidado intrafamiliar: no solo serán los hijos adultos los responsables de cuidar, sino también los nietos, quienes jugarán un papel trascendental como cuidadores de sus abuelos o bisabuelos, como lo señalan Bookman y Kimbrel (2011) en su estudio.

Los resultados del estudio conducido por Piercy (1998) demuestran que los nietos de las familias participan cada vez más en proveer cuidado y están cada vez más dispuestos a compartir el rol de cuidadores con sus padres en aspectos instrumentales pero, sobre todo, en lo afectivo. El autor exalta la importancia de la ayuda socioemocional entre nietos y abuelos y la retroalimentación positiva que se genera (Walker et al., 1995). El estudio también revela que la bidireccionalidad en el cuidado intrafamiliar extiende los lazos entre las viejas y las nuevas generaciones. Otros estudios demuestran que, más allá de lo puramente afectivo, los nietos tienen una participación activa en asuntos de carácter legal, de representación, en los mandados, en la administración de medicamentos e incluso en la aplicación de inyecciones, entre otros (Pyke y Bengtson, 1996 en Piercy, 1998).

Por otro lado, Sojo (2011) subraya que las personas mayores son importantes cuidadoras de sus nietos y facilitan la conciliación entre la vida laboral y familiar de sus hijos e hijas, siempre que gocen de condiciones favorables de salud y de independencia para hacerlo. Más aún, Hopenhayn et al. (2012) sostienen que las personas mayores tienen todo un abanico de experiencias y conocimientos que pueden utilizar productivamente en el cuidado intergeneracional.



#### ***6.2.4. Revisión de buenas prácticas sobre el cuidado: nacionales e internacionales***

Para mejorar las políticas y programas del cuidado de las personas mayores, es necesario ver qué prácticas nacionales o internacionales han sido exitosas. Es importante mencionar que estas prácticas no tienen necesariamente evaluaciones de impacto. Su revisión, sin embargo, puede aportar ideas para el diseño de políticas públicas que promuevan o faciliten el cuidado de las personas mayores.

En esta sección se presentan tres tipos de prácticas que pueden servir para mejorar los servicios del cuidado en Colombia: los cuidados domiciliarios, los seguros de cuidados de largo plazo, y las que permiten la redistribución del trabajo no remunerado.

Algunas de las acciones identificadas como claves se podrían aplicar en el contexto colombiano, como por ejemplo la capacitación de cuidadores, siguiendo el modelo de cuidados domiciliarios de Argentina, que además hace parte de la política nacional de envejecimiento y vejez. También se podría usar la experiencia del SENA, que ya cuenta con un programa de capacitación de cuidadores que ha sido bien calificado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Las políticas de visibilización del trabajo de cuidado no remunerado también surgen como opciones interesantes para impulsar la oferta de servicios de cuidado de calidad. Sin embargo, estas prácticas aún no han recibido evaluaciones sólidas (Peña, Cárdenas, Ñopo, Castañeda, Muñoz y Uribe, 2014).

##### ***6.2.4.1. Cuidados domiciliarios***

Los acuerdos internacionales en materia de envejecimiento poblacional proponen el cuidado domiciliario como una de las herramientas más efectivas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores frágiles, y sugieren convertirlo en un servicio de los Estados (Arias, 2009). Una de las mayores ventajas de esta estrategia es que las personas de edad avanzada permanecen integradas a su núcleo familiar y a su comunidad (Sauma, 2011, p. 46). La OMS (2002) destaca los cuidados domiciliarios y, en general, todos los programas que posibiliten la permanencia de las personas mayores en sus hogares, como políticas fundamentales para mejorar la situación de la población mayor.

Estos programas, además, comparados con los servicios hospitalarios, son menos costosos (Flores-Castillo, 2013, p. 428).

En América Latina se destaca el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de Argentina, implementado por el Gobierno de ese país en 1996 y aún vigente. El programa tiene dos componentes: el primero comprende la formación de cuidadores, con cursos de actualización que se dictan a desempleados y a personas en situación de vulnerabilidad. El segundo componente es la atención domiciliaria y el cuidado intensivo a las personas mayores de 60 años que acrediten insuficiencia económica, que no tengan a nadie que pueda cuidarlos o que presenten algún tipo de discapacidad o enfermedad crónica o terminal. El costo de los servicios de cuidado es cubierto por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (Ministerio de Desarrollo Social, 2014b). Con esta estrategia se busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores, facilitar la inserción laboral de los desempleados e incentivar la formación de sistemas locales de atención domiciliaria que retrasen o eviten la institucionalización del cuidado (Presidencia de la Nación Argentina, 2014).

A partir de datos cualitativos, Arias (2009) evaluó el programa de cuidados domiciliarios con el fin de conocer su funcionamiento y las percepciones de los participantes. Las herramientas de recolección de los datos fueron entrevistas a profundidad, con destinatarios de la prestación y coordinadores, y grupos focales con cuidadores domiciliarios. Los resultados muestran que: 1) El curso representó una solución laboral para los estudiantes, en su mayoría desempleados, y en algunos casos se trató de personas que ya trabajaban cuidando personas mayores y buscaban una acreditación. En esos casos, el programa le dio reconocimiento a la tarea; 2) Los beneficiarios del programa hicieron una evaluación positiva de la capacitación recibida; coincidieron en que su nivel fue elevado, homogéneo y adecuado para desempeñarse como cuidadores de personas mayores. Para quienes ya habían desempeñado la labor, se indagó la opinión de las personas mayores bajo su cuidado, y en general se percibió una mejora en la calidad del servicio; 3) Mejoraron las condiciones de vida de las personas mayores: tuvieron un mejor acceso a la atención en salud, sus necesidades básicas –comer, bañarse, vestirse– fueron satisfechas, se tuvo un mayor conocimiento de los programas del Gobierno y recibieron apoyo emocional. Los familiares de las personas atendidas también manifestaron su satisfacción con el programa: los liberaba de esa responsabilidad y

les permitía hacer otras actividades. La implementación del programa tuvo algunas dificultades: los alumnos demandaron ajustes en ciertos contenidos teóricos, aumento de las prácticas, de la duración del programa y del monto de las becas. Otro problema fue la diferencia en el nivel educativo de los alumnos, lo que complicó el desarrollo de los cursos. En la fase de cuidado, la mayor dificultad fue definir el rol de los cuidadores, pues algunas familias demandaban más de lo que les correspondía.

Más recientemente, en otros países de la región como Chile y Brasil, se han adoptado programas de cuidados domiciliarios. El Ministerio de Desarrollo Social de Chile implementó el programa con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores en vulnerabilidad y dependencia. De este programa chileno se destaca el rol central de los cuidadores, cuyo estado de salud, autoestima, estado emocional y desempeño general de su labor son monitoreados (Ministerio de Desarrollo Social, 2014a). En Uruguay, la atención a las personas mayores en su domicilio forma parte del Sistema Nacional de Cuidados, cuya implementación empezó en el año 2012. En Brasil, los servicios de cuidados domiciliarios se instauraron como parte de la política integral dirigida a las personas mayores. Dentro del Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores se han capacitado cuidadores domiciliarios, instituciones y familiares cuidadores. Aunque esta modalidad de asistencia se encuentra regulada, en la práctica la cobertura es baja y hay diferencias importantes entre Estados (Pugliese, 2011, pp. 120-121). Los servicios de cuidados domiciliarios en Colombia son informales y no remunerados, los prestan sobre todo las mujeres, y de manera formal y remunerada a través de empresas que ofrecen este servicio. El Gobierno no ha intervenido en el desarrollo de dicha estrategia.

México cuenta con el Programa de Atención Domiciliaria para la Población Vulnerable de Ciudad de México (PADPV), que se puso en marcha en el año 2008. El objetivo del programa es brindar atención médico-preventiva en el domicilio de la población vulnerable y de manera gratuita. Se busca aumentar la cobertura y la calidad de los servicios prestados, disminuir los tiempos de internamiento hospitalario (con la consecuente reducción de costos) e incrementar la autonomía de los pacientes y de sus familiares. Lo novedoso de este programa es que ofreció atención psicológica en una de las jurisdicciones de Ciudad de México, Miguel Hidalgo. La atención se prestó a la población vulnerable, a sus cuidadores

primarios –familiares o vecinos– y secundarios –formales o profesionales–, y se capacitó a los cuidadores profesionales para que dieran una atención de calidad. En la implementación del programa se encontró que los pacientes, en su mayoría, tenían sentimientos de abandono y de maltrato. En los cuidadores se observó una alta vulnerabilidad, principalmente en las mujeres, quienes en el cumplimiento de su actividad habían desarrollado patologías como trastornos de ajuste (el desgaste o *burnout*) y duelos. En la relación entre los cuidadores y los pacientes surgían conflictos entre los miembros de la familia por diferencias sobre el cuidado que debía recibir el paciente. Para algunas cuidadoras, este rol las hacía sentirse útiles, pero después de un tiempo manifestaban agotamiento (Flores-Castillo, 2013, pp. 435-436). Uno de los principales aprendizajes de la experiencia es que siempre hay una historia detrás de las situaciones de maltrato a los pacientes, y que

*es más efectivo escuchar y trabajar con los cuidadores para lograr modificaciones en el trato, que pedirles que cuiden mejor al paciente o incluso amenazarlos con denunciarlos, pues de este modo lo único que se consigue es que después se impida la entrada al domicilio del equipo de atención (p. 436).*

Otra estrategia que persigue objetivos similares es la teleasistencia. Según Pugliese (2011, pp. 116-117), este servicio de prevención y ayuda está dirigido principalmente a aquellas personas mayores que pasan mucho tiempo solas y que pueden requerir atención en cualquier momento por una emergencia, angustia o soledad. Para esto se usa un dispositivo que actúa como un teléfono y puede ser usado en la muñeca como un reloj, que al pulsarlo se comunica con una central telefónica donde una operadora, que tiene todos los datos del portador, lo atiende y da una solución según el caso. Los datos muestran que el uso del dispositivo se lleva a cabo, en primer lugar, en las situaciones de angustia y soledad, y en segundo lugar en las caídas. En estas últimas, el dispositivo es especialmente útil, pues, por lo general, las personas quedan en el suelo, lejos del teléfono, por espacios de más de una hora, lo que puede agravar las lesiones sufridas. Algunos de los países que han adoptado esta estrategia son Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Alemania, Francia, España y, en Latinoamérica, Argentina, Chile, México y Uruguay.



#### ***6.2.4.2. Seguro de dependencia o de cuidados de largo plazo***

Dados los cambios demográficos de la población, las señaladas dinámicas familiares y las consecuentes demandas crecientes de cuidados, algunos países han avanzado en la ampliación de la oferta pública de estos servicios. Si bien envejecer no necesariamente implica dependencia, sí aumenta las probabilidades de encontrarse en situación de “dependencia funcional”, es decir, sin la posibilidad de que el individuo realice por sí solo actividades de la vida diaria (Jaccoud, 2010, p. 233). La situación de dependencia implica una demanda de ayuda prolongada que impone retos a los sistemas formales e informales de cuidado. El seguro de dependencia es una práctica que se ha adoptado en países con sistemas de protección social desarrollados, particularmente en Europa y Japón, como respuesta a estos retos.

Jaccoud (2010), en su estudio sobre envejecimiento y sistemas de protección social, hace una revisión del seguro de dependencia o de cuidados de largo plazo en distintos países de Europa, cuyos resultados se presentan a continuación. En el 2002 se instauró en Francia un beneficio no contributivo para personas dependientes, con el fin de garantizar la realización de las actividades cotidianas. El acceso al beneficio no está condicionado a la falta o insuficiencia de recursos, sino a las necesidades identificadas. No obstante, su valor tiene en cuenta los ingresos del beneficiario. Con el reconocimiento de la dependencia, el modelo francés garantiza los cuidados de las personas que se encuentran en esta situación. Este seguro se suma a los de desempleo, accidentes de trabajo, enfermedad y vejez, y consolida una política integrada en el ámbito de la seguridad social. En España, en el año 2006, se aprobó el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, como un pilar del Estado de bienestar. El sistema busca garantizar el acceso a los servicios de cuidado, de acuerdo con el grado de dependencia, y los beneficiarios participan del financiamiento conforme a sus ingresos y patrimonio. En Inglaterra, el Servicio Nacional de Salud proporciona servicios de cuidado gratuitos, y las autoridades locales ofrecen servicios que se cobran de acuerdo con las condiciones financieras del usuario, su ingreso y patrimonio.

En Alemania y Japón, con el fin de garantizar el acceso a los recursos necesarios para el pago de servicios de cuidado, se creó el seguro de dependencia en la década de los años noventa, con lo que se sentaron las bases de cotización para empleados y empleadores. A diferencia de otros países, en Alemania y Japón

se considera que la asistencia social no es la política más adecuada para hacer frente a un problema que será cada vez mayor y cuyos costos no podrán ser cubiertos con el ingreso medio de los adultos mayores. El derecho al beneficio en Alemania depende del tiempo de contribución y del grado de dependencia. Para determinarlo, se aplica un sistema de clasificación de la situación funcional, que rige para todos los rangos etarios. Los beneficiarios cubren parte de los costos pero, de ser posible, deben participar en el financiamiento de los servicios. En Japón, el seguro se dirige exclusivamente a las personas mayores; para las personas dependientes en otras franjas etarias, existe un sistema de protección separado, financiado con impuestos (Jaccoud, 2010).

Usando diferentes técnicas cuantitativas, los programas de Japón y Alemania han sido evaluados por resultados, aunque no hay evaluaciones de impacto. Las primeras analizan la situación antes y después de la implementación de los seguros de cuidado a largo plazo, pero tienen la limitación de que, al no tener un grupo de control, no es posible aislar los factores externos a las intervenciones que hayan podido afectar a la población objetivo, y así es difícil valorar los cambios provocados exclusivamente por la intervención.

Ito y Miyamoto (2003) evaluaron el impacto del seguro de cuidado a largo plazo en Japón a partir de la demanda de cuidado institucional para la demencia. Los autores usaron características clínicas y demográficas que incluyeron diagnósticos, grado de discapacidad y trastornos de conducta antes y después de la aplicación del programa en pacientes con demencia, aleatoriamente seleccionados y cubiertos por el seguro de cuidado de largo plazo. El análisis de regresión logística muestra que las personas cubiertas por el seguro tenían más probabilidades de ser mujeres y de requerir mayores cuidados, y menos probabilidades de ser transferidas de departamentos psiquiátricos o de tener trastornos de conducta. Estos resultados sugieren que los proveedores de servicios de salud usaron el seguro de cuidado en pacientes que requerían una atención considerable, pero que no presentaban alteraciones de conducta, como estaba previsto. Endo (2003) también estudió el efecto del seguro en la atención a personas con demencia. Encontró que la atención mejoró, y que los beneficiarios accedieron a servicios como estancias cortas, servicios de día y cuidado institucional. Mejoraron también los servicios preventivos para la demencia.



En el caso de Alemania, Zuchandke, Reddemann, Krummaker y Von der Schulenburg (2010) evalúan la introducción del seguro de cuidados de largo plazo y su efecto en la percepción de seguridad financiera de las personas mayores y sus familias. Usando un modelo *probit* ordenado y datos del panel socioeconómico alemán, los investigadores concluyen que la introducción del seguro dio un giro positivo a la percepción de los riesgos financieros de los beneficiarios, derivada de la necesidad de recurrir a cuidados de largo plazo.

Dado el rápido envejecimiento de la población y el aumento de los costos, la OECD y la Unión Europea han hecho recomendaciones para garantizar la provisión de servicios de cuidado de largo plazo de calidad. Entre las más relevantes se encuentran: 1) Hacer una recolección sistemática de información de la calidad clínica –efectividad y seguridad– y de la experiencia del usuario; 2) Establecer controles de calidad externos, instaurando estándares mínimos aceptables, y después garantizar su cumplimiento (en la mayoría de los países de la OECD, se otorgan certificaciones o acreditaciones a los proveedores de servicios de cuidado); 3) Estandarizar la práctica para llevar el cuidado a los niveles de calidad deseados: por ejemplo, capacitar a los cuidadores y establecer directrices para el tratamiento de personas con condiciones de salud complejas; 4) Ofrecer incentivos financieros y dar medidas de desempeño que estimulen la competencia entre los proveedores de cuidado, y les brinden a los usuarios bases para tomar decisiones informadas (OECD, Comisión Europea, 2013).

#### **6.2.4.3. Redistribución del trabajo de cuidado**

Como se dijo, los cuidados familiares pueden implicar el retiro del mercado laboral de algunos miembros de la familia, por lo general de las mujeres. Esta situación, por lo tanto, pone en riesgo de vulnerabilidad no solo a la persona mayor que necesita cuidados, sino también a su familia. Las familias más afectadas son las más pobres, pues no tienen recursos para asignarle el cuidado a un tercero, y aún peor en las áreas rurales, puesto que las mujeres tienen una importante participación en la producción agrícola de subsistencia. Las responsabilidades de cuidado pueden afectar negativamente esta producción, y poner en peligro la seguridad alimentaria de la familia (Devaki, 2013, p. 39).

La creciente participación de las mujeres en el mercado laboral es una de las causas de la reducción de la oferta de servicios de cuidado por parte de

la familia (Jaccoud, 2010, pp. 234- 235). A esto se suma el hecho de que la inserción de la mujer en el mercado de trabajo no ha sido acompañada por una mayor participación de los hombres en las tareas de cuidado (Arias, 2009, p. 35; Devaki, 2013, p. 25; OIT, 2009, p. 1). En consecuencia, redistribuir estas tareas es indispensable para equilibrar el tiempo de trabajo de las personas, fortalecer el acceso a los sistemas de cuidado y reducir las brechas que afectan a las mujeres. Esta redistribución puede ocurrir en la familia, entre los miembros de distintos géneros, y también incrementando la participación del Gobierno en las labores de cuidado mediante la oferta de programas públicos.

Para Provoste (2013), la redistribución del cuidado es una necesidad que en América Latina puede considerarse urgente. Esta necesidad surge de las tendencias políticas y culturales hacia la igualdad de género, y las transformaciones sociales –el envejecimiento de la población–, que hacen obsoletos e ineficaces los arreglos sociales tradicionales de cuidado. La autora sostiene que los avances más promisorios para la redistribución del cuidado son los referidos a la visibilización del trabajo no remunerado en el hogar. En la misma línea, Batthyány (2010) sostiene que el cuidado no es algo exclusivo de la esfera privada, sino que debe formar parte de los debates públicos sobre los derechos de la ciudadanía y la democracia, además de los de equidad de género por la contribución desproporcionada de las mujeres a esta labor.

La visibilización del trabajo de cuidado no remunerado puede convertirse en una motivación para la prestación de servicios de calidad por parte del Gobierno, el reconocimiento de su responsabilidad en la provisión de este servicio y la participación de los hombres en estas tareas. Al mismo tiempo contribuye a la transición del cuidado como objeto de estudio de las políticas públicas y hacia su reconocimiento como derecho. Además de la orientación de las políticas públicas hacia el objetivo de modificar la división del trabajo tradicional entre hombres y mujeres, se requieren cambios culturales en la población (Batthyány, 2010, p. 6). El Gobierno puede contribuir a la sensibilización de la población mediante la educación formal y campañas en medios de comunicación masivos. Un ejemplo es la campaña de una compañía privada en España denominada “Ellos también pueden”, que busca incentivar a los hombres para que usen las lavadoras. La campaña se lanzó en televisión, radio, periódicos y en la web, y usó camiones móviles en los que enseñaban a los hombres a poner la ropa en la lavadora –ellos

argumentaban que no lavaban porque no sabían cómo hacerlo—. También se enviaron lavadoras de regalo a algunos de los hombres más visibles del país. La campaña cumplió con el objetivo de aumentar la venta de lavadoras, pero no se sabe qué tanto hizo por cambiar la distribución del tiempo en los hogares —no se evaluó— (Peña et al., 2014, p. 677). Otro ejemplo es la campaña ecuatoriana “¡Y qué!, reacciona Ecuador, el machismo es violencia”. La campaña buscaba cambiar las percepciones de la división del trabajo tradicional. En los comerciales aparecen hombres que hacen tareas domésticas y que dicen frases como, “Yo cambio pañales ¿y qué?” (p. 678). La campaña tuvo un alto grado de aceptación e impacto entre la ciudadanía, y logró posicionar un mensaje en contra del machismo, el cual se tomó de manera informativa y reflexiva. También se resalta el aporte de la campaña a la visibilización del trabajo doméstico, el rechazo a la violencia contra las mujeres y el cuestionamiento de roles socialmente establecidos.

Otra acción que permite visibilizar el trabajo de cuidado es la realización de encuestas de uso del tiempo, una herramienta esencial para obtener información que haga posible la cuantificación y valoración del trabajo no remunerado y su contribución a la economía (Devaki, 2013, p. 64). Varios países en la región han realizado encuestas de uso del tiempo, permitiendo la visibilización del trabajo doméstico y de cuidado, lo que refleja la preocupación de los gobiernos por incluir el problema en la agenda pública. En Colombia, desde el año 2013, se tienen resultados de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) y se desarrolló la cuenta satélite de la economía del cuidado. La ENUT es precisamente la principal fuente para el análisis del cuidado en este estudio. Recientemente, con base en esta encuesta, se publicaron los resultados de la medición de pobreza por ingresos y tiempo. Actualmente el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) trabaja en la difusión de los resultados, que ya están siendo usados en investigaciones y que se espera sirvan de apoyo para la toma de decisiones de política en el país. Aquí sería importante tener en cuenta la sugerencia de Peña et al. (2014, pp. 679-680): mejorar la comunicación entre los investigadores de temas de género, para tener una plataforma donde se puedan consultar los resultados de los estudios. Los autores también sugieren la creación de un programa de becas para tesis de pregrado y maestrías, con el fin de incentivar la investigación en estos temas.

Marco (2013) hace una revisión de casos según la cual los resultados de las encuestas de uso del tiempo han servido para impulsar políticas relacionadas con el cuidado. En los países en desarrollo asiáticos, se consideran los resultados de la encuesta en los programas de empleo público, previniendo que la necesidad de tener en cuenta la realidad de las mujeres en las políticas contribuya a reforzar roles de género y a mantener la actual distribución de uso del tiempo en los hogares. En Costa Rica, la información fue usada en la formulación de la Política Nacional de Igualdad y Equidad de Género, en el anteproyecto de ley sobre cuenta satélite de trabajo no remunerado, y como sustento para plantear el Programa Nacional de Cuidado. En el Ecuador, los datos se utilizaron para debatir y fundamentar parte del articulado de la Constitución del 2008, en relación con el sistema económico y la economía del cuidado, así como para las políticas y líneas estratégicas del Plan Nacional para el Buen Vivir, la Ley Orgánica de Servicio Público y la Ley Orgánica de la Economía Popular y Solidaria y del Sector Financiero, Popular y Solidario. En México, según el Inmujeres y el INEGI, la información de la encuesta se usó para evaluar el programa Oportunidades, la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Además, se emplearon para hacer propuestas de política para el mercado de trabajo, la armonización entre empleo y familia, acciones para apoyar el cuidado, agilización de trámites, eficacia del transporte público y visibilización del trabajo doméstico. Por último, en Uruguay, se integraron a la discusión y diseño del Sistema Nacional de Cuidados, concretamente en el grupo de trabajo creado en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales, para coordinar el diseño de dicho sistema. La existencia de estadísticas, los estudios académicos y la acción de organizaciones sociales han posibilitado avanzar en la incorporación del tema del cuidado en la agenda pública uruguaya.

La OIT (2009) reconoce que la falta de políticas eficaces para dar tratamiento al conflicto entre las responsabilidades laborales y familiares puede derivar en problemas graves para las sociedades, las empresas, las familias, los hombres y las mujeres. En consecuencia, contempla distintas opciones de políticas y medidas que los Estados pueden adoptar para contribuir a conciliar el trabajo y la vida familiar. La mayor parte de estas medidas están dirigidas a aliviar la carga del cuidado de niños y niñas, y algunas contemplan el cuidado de otros miembros de la familia.



Una medida para hacer la carga del cuidado más llevadera es repartir las responsabilidades familiares entre hombres y mujeres: los hombres pueden participar más en la vida familiar y optimizar las relaciones con los miembros de la familia que son objeto de cuidado. Otra medida es promover leyes que les den más flexibilidad a los trabajadores con responsabilidades familiares, aumentando su capacidad de brindar cuidados de calidad. La OIT formuló un convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares (C 156 de 1981) y una recomendación anexa (número 165) que establece un marco de política integrado para conciliar el trabajo remunerado con las responsabilidades familiares, y la prestación de cuidados con el trabajo remunerado. Colombia no ha ratificado el convenio. Ejemplos de medidas de conciliación del trabajo y la familia son: las licencias de maternidad y paternidad, la flexibilidad en los horarios de trabajo, los períodos de descanso y vacaciones, el otorgamiento de permisos breves en caso de urgencia, la posibilidad de trabajar tiempo parcial sin que esto implique un deterioro de las condiciones laborales, y el teletrabajo. Estas medidas también pueden contribuir a reducir la informalidad.

Por último, la OIT recomienda que se garantice el acceso a una infraestructura básica que permita el desarrollo de las labores de cuidado, por ejemplo disponibilidad de vías y transporte público, suministro de agua potable y energía (OIT, 2009). Peña et al. (2014, p. 678) sugieren, además, que se incremente el uso de electrodomésticos que faciliten las labores del hogar.

### 6.3. Marco normativo

Existen algunas leyes y decretos que reglamentan el cuidado de las personas mayores en Colombia. El artículo 46 de la Constitución Política de 1991 dicta que el Estado, la sociedad y la familia son los responsables de la protección y asistencia de las personas mayores, y el Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

En relación con las leyes que reglamentan el cuidado de las personas mayores por parte de la familia y el Estado, la Ley 1251 de 2008 dicta normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de las mismas. En esta se prescriben los deberes del Estado, la familia, la sociedad,

las personas mayores y los medios de comunicación. A la vez expone los requisitos esenciales que deben acreditar las instituciones prestadoras de servicios de atención y protección integral de este sector poblacional para su funcionamiento. Estos son: reglamento interno, nivel nutricional, infraestructura, talento humano, plan de atención de emergencias médicas, área ocupacional y salud mental.

A la vez, la Ley 1315 de 2009 establece las condiciones mínimas que dignifican la estadía de las personas mayores en los centros de protección, centros-día e instituciones de atención, relacionadas con las restricciones en el ingreso a las instituciones, requisitos para la instalación y funcionamiento de los centros de Protección Social Vida, dirección técnica, recursos humanos y régimen de transición. La Ley 1276 de 2009, en modificación a la Ley 687 de 2001, fijó nuevos criterios de atención integral y protección a las personas mayores de los niveles 1 y 2 del Sisbén en los centros vida.

La Ley 1413 de 2010, por su parte, tiene como fin regular la inclusión de la economía del cuidado en el Sistema de Cuentas Nacionales. El objetivo de esta ley es medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social de país, como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas. Esta Ley ordena, en su artículo 7, la planeación, diseño, aplicación y actualización de la Encuesta de Uso del Tiempo con el fin de obtener información sobre Trabajo de Hogar No Remunerado (THNR), todo lo cual debe ser llevado a cabo por los diferentes entes gubernamentales que participan en la preparación, seguimiento y control del presupuesto y en el estudio de la economía nacional para el análisis del THNR como contribución al desarrollo económico del país.

## 6.4. Análisis y resultados cuantitativos y cualitativos

### *6.4.1. Demanda de cuidado de las personas mayores y las próximas generaciones*

#### *6.4.1.1. Estructura y composición de los hogares donde viven las personas mayores*

La transición demográfica, que vive Colombia, se ha acompañado además de cambios importantes en la estructura de los hogares. Esta transformación en



la estructura de la familia puede afectar el bienestar económico y el cuidado de las personas mayores, pues sin pensiones ni independencia económica para pagar el cuidado formal que brindan instituciones públicas o privadas, es la familia quien vela por ellas. Como se verá más adelante en los resultados cualitativos, esto es particularmente cierto para las personas de menores ingresos o de niveles socioeconómicos bajos, para quienes la familia es la principal red de apoyo económico y de cuidado.

Los cambios que están sufriendo las estructuras familiares en Colombia y en la región en general se observan también, y aun con mayor intensidad, en los hogares con personas mayores. No solo han aumentado considerablemente los hogares unipersonales de personas mayores, sino que también se ha incrementado el porcentaje de hogares generacionales –solo viven personas mayores, ya sea solo la pareja o con otras personas mayores–. Sin embargo, en estos hogares aún predominan los arreglos familiares multigeneracionales: en cerca de un 77 % de los hogares con personas mayores conviven dos o tres generaciones. De acuerdo con Celade (2008), esta forma de cohabitación es un “mecanismo de apoyo intergeneracional, en particular de protección durante la vejez, pero sin suponer a priori que el único flujo posible es de jóvenes a viejos”. De hecho, la mayoría de los hogares con personas mayores (77.4 %) son liderados, precisamente, por una persona mayor. Esto evidencia que la presencia de personas mayores en los hogares no necesariamente se asocia a una carga o a la dependencia de estas.

Además de la estructura de la familia vista desde los hogares, es importante entender con quién viven las personas mayores. A falta de recursos económicos para costear servicios de cuidado, este lo ejerce principalmente la familia, que brinda compañía o apoyo. Se estima que el 61 % de las personas mayores es jefe de hogar (DANE, 2013). En la Figura 1 se observa que la mayor parte de las personas de 60 años o más vive en hogares de más de dos personas.

El 12.2 % vive solo, el 15.8 % en pareja y el 70.9 % con otros miembros.

El 54.8 % de quienes viven en pareja y el 55.9 % de aquellos que viven con otros miembros de la familia son jefes de hogar.

La cohabitación de las personas mayores, según su nivel socioeconómico<sup>3</sup>, no arroja diferencias, pero sí se observa la siguiente tendencia: entre más alto es

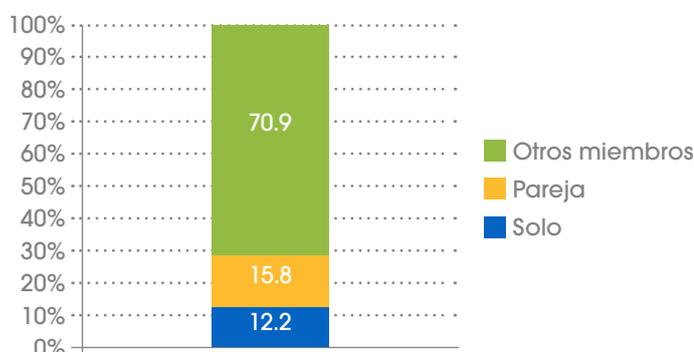
---

<sup>3</sup> El nivel educativo del jefe del hogar fue utilizado como proxy del nivel socioeconómico por la correlación que existe entre estas dos variables (varios estudios así lo sugieren); el nivel educativo que se utilizó fue el de los jefes del hogar, y se dividió en cuatro categorías: ninguno, preescolar y básica, media y superior.

el nivel socioeconómico, las personas mayores viven más con otros miembros de la familia o en pareja. Vale la pena resaltar que la importancia de la cohabitación de las personas mayores en hogares unipersonales disminuye a medida que aumenta el nivel socioeconómico: de ser el 17.2 % en el nivel socioeconómico bajo, pasó a ser del 8.9 % en el nivel socioeconómico alto. Este resultado contrasta con lo observado en otros estudios: los hogares unipersonales aumentan a la par con el nivel socioeconómico (Flórez, 2004). Una posible explicación para que la cohabitación unipersonal entre las personas mayores no aumente con el nivel socioeconómico es la presencia de empleadas del servicio doméstico o de trabajadores que viven en el mismo hogar de la persona mayor, precisamente para ofrecer servicios de cuidado. Los hogares de estratos altos son los que pueden pagar por este tipo de servicio.

Vivir en pareja, por su parte, tiene fluctuaciones en los distintos niveles socioeconómicos: en el nivel bajo conforma el 14.9 %, aumenta a 16.5 % en el nivel medio y finalmente disminuye en el nivel alto a 14.4 %. La cohabitación con otros miembros es la más importante en todos los niveles socioeconómicos: lo es menos en el nivel bajo (67.4 %) y más en el nivel alto (74.9 %) (Figura 2). Esta evidencia es preocupante, pues las personas de un nivel socioeconómico más bajo son las que más necesitan de las redes familiares para su cuidado y carecen de medios económicos para pagar servicios de cuidado.

**Figura 1**  
Distribución de los adultos de 60 años o más, según cohabitación

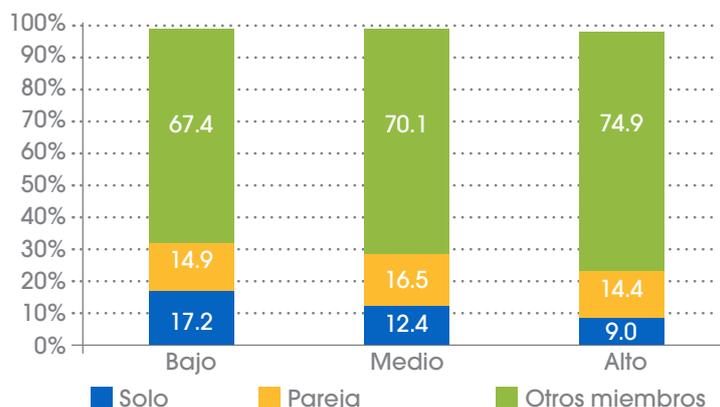


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.



**Figura 2**

Distribución de los adultos mayores según cohabitación y por nivel socioeconómico<sup>4</sup>

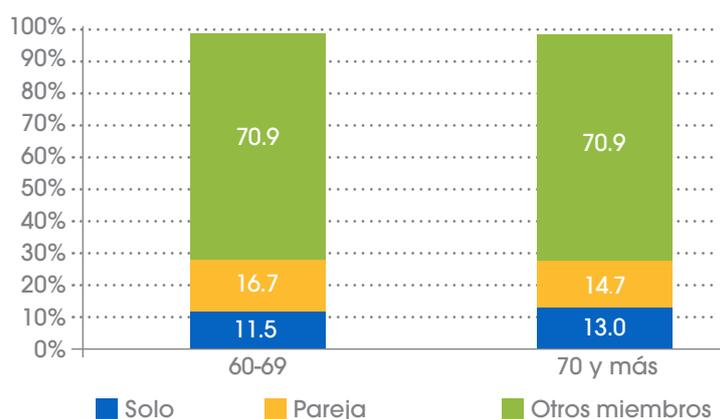


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

Como se observa en la Figura 3, el porcentaje de personas que viven solas es mayor en el grupo de 70 años o más (13 %), que en el grupo de 60 a 69 años (11.5 %). Caso contrario cuando viven en pareja, que pasa del 16.7 % al 14.7 %. Esto podría explicarse, en parte, por la muerte de los cónyuges. En el caso de la convivencia con otros miembros, que puede consistir en padres, hijos y nietos, otros familiares, otros no familiares o empleados, se mantiene igual en ambos grupos etarios.

**Figura 3**

Cohabitación de los adultos mayores por grupos etarios<sup>5</sup>



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

- 4 El nivel socioeconómico está construido a partir del nivel educativo del jefe del hogar. El nivel bajo equivale a ningún nivel educativo; el nivel medio equivale a preescolar y básica y primaria, y el nivel socioeconómico alto equivale a educación media y superior.
- 5 No se pudo construir una categoría de cohabitación con hijos, debido a la estructura de la pregunta sobre la relación de parentesco de los miembros del hogar. La relación de parentesco se determina solo con el jefe del hogar y no se puede identificar la relación de parentesco entre los demás miembros.



A pesar de que la mayor parte de las personas mayores viven con sus parejas o con otros miembros de la familia, un número relativamente alto vive solo. Sin tener en cuenta las posibles repercusiones psicológicas por la soledad, el vivir solo puede representar un problema para ese 17 % de personas mayores de nivel socioeconómico bajo, que no tienen los suficientes ingresos laborales, pensionales o ayudas familiares para pagar ayuda o servicios de cuidado, sobre todo cuando tienen discapacidades permanentes o enfermedades crónicas agudas. Las personas mayores, en especial las mujeres, son cuidadas por sus hijos, familiares, enfermeras, pero a la vez pueden ser cuidadores, de sus nietos, de sus parejas y, en algunos casos, de sus hijos, razón por la cual la red de apoyo en el hogar y familiar es tan importante.

#### ***6.4.2. Principales fuentes de cuidado a las que recurren las personas mayores***

##### ***6.4.2.1. El cuidado que se le presta a la persona mayor***

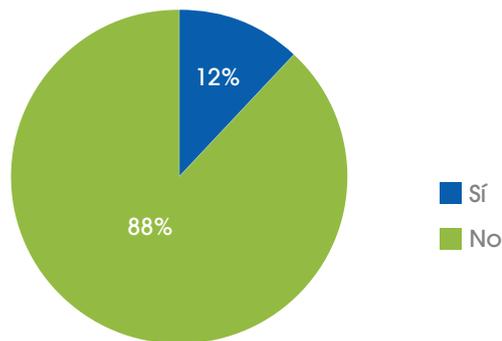
Como se dijo, las personas mayores son cuidadas y a la vez son cuidadores. Los estudios sugieren que la carga de cuidado es asumida comúnmente por la familia, y dentro de esta principalmente por la mujer –hija, esposa–, debido tanto a razones estructurales como culturales (Bazo y Ancizu, 2004; Walker et al., 1995).

En esta sección se analiza quiénes o cuáles miembros del hogar cuidan a las personas mayores y qué tipo de cuidado les brindan. Es decir, se analiza el cuidado que les brindan a las personas mayores otros miembros del hogar. Por la forma como está estructurada la encuesta de hogares, solo se puede conocer la edad de quien cuida a la persona mayor, pero no la relación de parentesco entre ambas.

Hay dos tipos de cuidado: los básicos, que incluyen alimentación, baño y vestido, y los cuidados médicos, que consisten en dar medicamentos y acompañar a citas médicas. Los principales cuidadores son los adultos y las personas mayores, aunque los niños también cuidan y ayudan. Como una persona puede cuidar a una o a más personas mayores, adultos o niños, y puede hacer varias labores al mismo tiempo, los porcentajes de uso del tiempo no suman el 100 %. La Figura 4 muestra que el 12 % de los individuos –niños, adultos u otras personas mayores– brinda algún tipo de cuidado –médico o básico– a una persona mayor en su hogar.

**Figura 4**

Porcentaje de personas que brindan algún tipo de cuidado a personas mayores

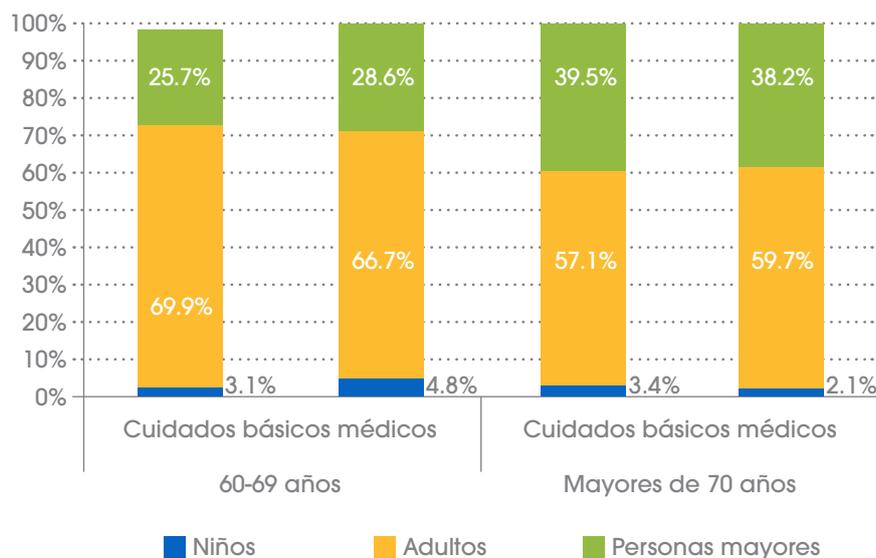


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.

La Figura 5 muestra que los principales cuidadores en cada tipo de cuidado son los adultos, seguidos de otras personas mayores. Por lo menos el 60 % del cuidado médico y básico es brindado por adultos, mientras que alrededor de un 30 % es brindado por otras personas mayores. Pero a medida que la edad de la persona mayor aumenta, la participación de otras personas mayores en ambos cuidados se incrementa. Así, en el grupo de 60 a 69 años, del 26 % al 29 % de los cuidados básicos es brindado por otras personas mayores, mientras que en el grupo de 70 años o más este porcentaje asciende al 38 % y 39 % (Figura 5). Esto podría indicar que, entre más envejecen las personas mayores, más ayuda reciben de otras personas de 60 años o más en ambos tipos de cuidado; estos contemporáneos podrían ser los cónyuges o familiares cercanos.

**Figura 5**

Distribución de cuidadores de las personas de 60 años o más, de 60 a 69 años y mayores de 70 años por tipo de cuidado



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.

Aunque el porcentaje de personas que cuida a una o a más personas mayores de su mismo hogar es reducido (12 %), el cuidado es brindado principalmente por adultos –posiblemente los hijos, cónyuge, empleada doméstica o trabajador– y por otras personas mayores– posiblemente sus parejas o hermanos y hermanas–, con las implicaciones que esto tiene en el uso del tiempo y en la salud de los cuidadores familiares. Los estudios señalan que el cuidado de las personas mayores tiene un efecto negativo en la participación laboral de las mujeres, ya que son ellas las que, en caso de discapacidades permanentes y enfermedades crónicas, deben hacerse cargo del cuidado de sus padres (Chioda, 2011).

#### **6.4.2.2. Fuentes de cuidado a las personas mayores según los resultados del análisis cualitativo**

Los participantes en los grupos focales no registraban grados importantes de dependencia, lo que incide en su visión de algunos aspectos sobre los que se

indagó, relacionados más con expectativas a futuro o con situaciones potenciales que con situaciones actuales. Sería importante indagar en futuros estudios sobre estos aspectos potenciales con personas que se encuentren en situaciones de mayor dependencia. Adicionalmente, los grupos de 40 a 59 años en las zonas urbanas pertenecen al nivel de ingreso medio-alto, por lo que también sería importante profundizar en las expectativas de este mismo grupo etario en niveles de ingresos más bajos.

#### **6.4.2.2.1. Grupos urbanos**

Para los participantes de los grupos focales de las zonas urbanas, la familia es considerada la principal fuente de cuidado, en especial para los grupos de personas mayores de 60 años, de ingresos medios y bajos. Las instituciones son consideradas la principal fuente de cuidado para los grupos entre 40 y 59 años, de ingresos medios-altos, y para los mayores de 60 años de ingresos altos. Estos grupos manifiestan su preocupación por el costo que tiene mantener la calidad del cuidado que reciben.

En los grupos de ingresos medios y bajos, el cuidado a domicilio ocupa el segundo lugar como fuente de cuidado en las personas mayores de 60 años; le sigue el familiar y el que proveen las instituciones. Las mujeres prefieren más esta opción que los hombres. La alternativa del cuidado a domicilio la mencionan también, aunque con menor frecuencia, los grupos de personas mayores, las víctimas del conflicto y los desmovilizados.

La mayor alusión a la familia pone en evidencia la importancia del núcleo familiar en la provisión de cuidado. La preferencia por el cuidado familiar podría explicarse por el componente afectivo, que comúnmente implica apoyo socioemocional, mayor comprensión y paciencia ante eventuales situaciones de dependencia. Adicionalmente, en línea con la literatura en general, los testimonios de los grupos focales muestran que se prefiere el cuidado que brindan las mujeres de la familia, y se les atribuye un mejor desempeño en ese rol. Sin embargo, esta preferencia reproduce la distribución inequitativa de las funciones en el hogar, pues sobrecarga a las mujeres con la responsabilidad del cuidado. Las siguientes citas ilustran la preferencia por el cuidado familiar y en especial de las mujeres de la familia.



*Mis hijos han sido mi ayuda, mi apoyo, y hasta ahora ellos son los que velan por mí*

(Mujeres, pensionadas, Pasto)

---

*Si de pronto llego a un estado de esos..., pues mi señora todavía está viva y está en buenas condiciones. Pienso que ella es la que debe cuidarme, la que debe vestirme, la que debe bañarme, la que debe limpiarme. En caso de que ella no exista, pues la hija, o de pronto uno de los hijos o de las nueras, no sé.*

(Hombres, pensionados, Montería)

---

*Lo primero que yo quisiera es que Dios me conceda terminar sin una enfermedad muy incapacitante y larga. Pero si llega, lo ideal sería que la vida me permitiera ser acogido en el hogar de una de mis hijas.*

(Hombres, pensionados, Bogotá)

---

*Uno les tiene más confianza a las hijas. A uno le da como pena: a veces uno no se puede bañar bien, y entonces la hija entra al baño, se empelota y me restringe la espalda...Me daría mucha pena que mi hijo viniera y me restregara la espalda.*

(Mujeres, bajos ingresos, Gutiérrez)

---

Los resultados del análisis cualitativo coinciden con la literatura en que las personas mayores de ingresos bajos logran conciliar sus labores de cuidado con los compromisos laborales cuando estos son flexibles: ayuda la intermitencia del trabajo durante el día, la flexibilidad laboral que ofrece el autoempleo o el trabajo independiente, la informalidad y todo ello facilitado por el acceso a subsidios o a centros estatales de atención diurnos o nocturnos para el cuidado de personas mayores. La preferencia por el cuidado familiar también obedece a razones económicas: las personas mayores de nivel socioeconómico medio y bajo recurren al cuidado familiar porque no cuentan con los recursos suficientes

para financiar el cuidado a domicilio o en una institución. En estos niveles de ingresos, especialmente en los de ingresos bajos, la historia laboral de las personas se caracteriza por la informalidad de los empleos, por su corta duración, por la inestabilidad, los bajos salarios y el nulo acceso a seguridad social. Además, está la falta de conocimientos sobre la importancia del ahorro y de la planeación a largo plazo. En estas condiciones, la preparación económica para la vejez es poca o nula, y afecta, en mayor medida, a las mujeres por sus responsabilidades de cuidado y por su menor vinculación al mercado laboral. En consecuencia, en la etapa de la vejez las personas siguen dependiendo de empleos en el mercado informal, de los aportes de los familiares –principalmente de los hijos– y de los subsidios del Gobierno, por lo que el cuidado familiar se presenta como la mejor opción. Es menos viable en los niveles de ingreso medio, por la menor flexibilidad del horario laboral de los cuidadores familiares.

En contraste, para las generaciones más jóvenes, próximas al segmento de personas mayores de ingresos medios y altos, y para los mayores de 60 años de altos ingresos, las preferencias de cuidado apuntan a las instituciones más que al cuidado familiar y a domicilio. La mayoría de las personas entre 40 y 59 años, con ingresos medios y altos, ven su futuro cuidado como una carga que quisieran evitarle a la familia; de ahí que opten por el cuidado en instituciones especializadas. Es importante tener en cuenta, para futuros análisis, que habría que profundizar en la percepción de las personas entre 40 y 59 años y de ingresos bajos.



*Yo no quiero ser una carga para mis hijos. Lo tengo clarísimo.  
En esa medida yo tengo pensado meterme yo mismo a un asilo,  
o a un ancianato, como les dicen ahora*

(Mixto, 40 a 60 años, Bogotá)

---

*Cuando tenga una enfermedad, yo pensaría en tener una enfermera.*

(Mixto, 40 a 60 años, Montería)

---

*Con mi pensión, o con la renta que tenga para eso, yo pagaría  
un hogar geriátrico.*

(Mixto, 40 a 60 años, Bogotá)

---

La expectativa de las personas mayores de altos ingresos, de ser cuidados en una institución, se sustenta en su capacidad económica para asumir los gastos del cuidado institucional. En estos casos, la autonomía económica o el respaldo económico de la familia son factores determinantes al momento de organizar su cuidado.



*Mi hija me decía, “no, mamá, cómo voy a dejar que te cuide otra persona, yo me voy a consagrar a ti”. Pero es difícil, porque ellos tienen sus obligaciones, sus cosas que hacer. Yo pienso que el cuidado lo debe ofrecer una institución, pero una institución buena.*

(Mixto, altos ingresos, Pasto)

---

*Pienso en esa gente que está preparada para atender. Pero pienso en un lugar amplio, uno lleno de jardines en el que yo pueda leer y estar bien. Es importante estar bien para leer libros de superación personal, libros lindos. Yo quiero estar rodeada de harta gente que lo haga sentir bien a uno.*

(Mixto, altos ingresos, Pasto)

---

*Siempre he pensado que sería bueno poder estar en un hogar geriátrico donde pudiera compartir con personas de mi misma edad. Seguramente hay muchas cosas en común. Pero parece que esos lugares son muy costosos...*

(Mixto, altos ingresos, Bogotá)

---

La expectativa de ser cuidado en una institución señala la necesidad de que la cobertura se amplíe y llegue incluso a las zonas rurales de difícil acceso. Ante esto, uno de los entrevistados anota:





*Las capacidades instaladas de las instituciones son deficitarias como para lograr una cobertura universal, sobre todo para los adultos mayores, por su escasa posibilidad de desplazamiento. La capacidad institucional debe crecer, y esto tiene que ver con un diseño de política, con recursos, con infraestructura. Es un reto que enfrenta el país: crear la capacidad instalada física y humana que pueda atender a la población que lo va necesitando, en especial en el sector rural.*

(Entrevista a profundidad)

---

#### **6.4.2.2. Grupos rurales**

La principal referencia a la fuente de cuidado en las zonas rurales es la familia, especialmente entre las personas mayores de 60 años y entre las de 40 a 60 años. La alta concentración de la preferencia del cuidado en la familia en el medio rural no sorprende, y sugiere que es una consecuencia de una sucesión de prácticas y de valores tradicionales que todavía se transmiten de generación en generación y que configuran las labores del cuidado. También podría sugerir que la expectativa de cuidado reposa en la familia porque el acceso a otras fuentes es restringido. En general, las personas de las áreas rurales están menos preparadas económicamente para la vejez. Esto es así porque hay un acceso más restringido a los trabajos formales y porque los ingresos de los empleos en el sector agrícola son inestables: se pagan por día o por semana y dependen de los ciclos de los cultivos. Adicionalmente, según los testimonios, las personas del campo tienen muy poca información sobre ahorro, pensiones y preparación económica en general.

---



*Pienso que el mejor cuidado cuando llegemos a viejitos debe ser el de la familia. Si la familia está pendiente, hay aseo y las cositas están al día. En cambio hay mucha gente que se deshace de los viejitos; los mandan a un hogar de paso, o a cualquier lado. Yo pienso que eso no es lo conveniente.*

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

---

*Yo sí me preparo para mi vejez. Yo les digo a mis hijos: "Cuando yo esté viejita y no pueda caminar, a ustedes les toca ver por mí, porque yo ya trabajé por ustedes, para ayudarlos, así que tienen que ayudarme".*

(Mixto, 40 a 60 años, Ayapel)

---

*Preparar a la gente para la vejez, en el campo...Es la primera vez que yo escucho que vienen a hablar de eso. Pero son políticas muy diferentes al campo: en la ciudad usted tiene su sueldo, y automáticamente el Estado lo obliga a pagar su pensión. En el campo es distinto: son dineros esporádicos, se trabaja por jornales. La gente puede pasar toda la semana sin recibir un jornal. Entonces es muy difícil decir que yo me voy a poner en conciencia a sacar el trabajo del día para ponerlo en un depósito de pensiones, porque puede que esta semana tenga trabajo todos los días, y a la semana siguiente no tenga trabajo ni un solo día.*

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

---

La expectativa de cuidado en la familia seguirá siendo un reto, especialmente para aquellas personas que tengan la responsabilidad de labores de cuidado especiales, dependiendo del tipo de dependencia de la persona mayor. En muchos casos, estos cuidadores no tienen los conocimientos técnicos básicos y es muy difícil que ofrezcan un cuidado adecuado y que cumpla con los requerimientos del solicitante. Esto podría acarrear mayores cargas para el cuidador. El testimonio recogido en una entrevista expone esta preocupación desde el punto de vista de los cuidadores potenciales:





*Creo que hay que hacer una reestructuración bastante severa del programa de atención al adulto. Primero, porque los que vamos a ser cuidadores no estamos preparados para hacerlo en ningún aspecto; segundo, porque no estamos creando redes de apoyo para ese tipo de formación, ni nos estamos preparando para cuando llegemos allá. Las personas mayores están completamente desamparadas y llegan a depender en un 100 % de los recursos del Estado, que tampoco está en capacidad de darles lo necesario para que tengan unas buenas condiciones de vida. Por otra parte, no se están impulsando acciones que permiten manejar la parte de salud física y nutricional de la persona mayor, que no recibe todo lo que necesita, aunque lo que se le ofrece es con mucho gusto y con cierta calidad, pero no es suficiente.*

(Entrevista a profundidad)

---

Otra de las entrevistadas subraya la importancia de que las familias cuidadoras reciban apoyo del Estado

---



*La solución es compleja y yo creo que tiene que empezar por crear una conciencia de la responsabilidad de la familia. Las familias no pueden evadir completamente su responsabilidad, pero también deben ser acompañadas por esta forma de solidaridad colectiva que llamamos el Estado. Hace dos generaciones, las familias tenían esa responsabilidad. Casi todos conocimos ese tipo de historias en las familias; en la de mi abuelo había solo una mujer, y era una familia muy grande, de diez u once hijos. Se sabía que por mucho tiempo su tarea iba a ser cuidar a sus padres. Eso hoy es imposible. ¿Entonces cómo se va a apoyar a esos cuidadores familiares, cómo los vamos a capacitar, cómo se va a hacer el manejo ambulatorio del cuidado? Todo eso lo tenemos que preparar, y prever financieramente; preparar en la construcción de capacidades y preparar también a la sociedad para que sea una responsabilidad compartida: la familia va a tener que poner una parte y el Estado otra.*

(Entrevista a profundidad)

---

Estas percepciones ponen de relieve la necesidad de gestionar procesos de cualificación a potenciales cuidadores, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Es crucial minimizar las cargas, identificar buenas prácticas de cuidado que puedan replicarse y optimizar esas labores de cuidado. Además, es necesario que las instituciones competentes del Estado apoyen a las familias que deban asumir estas labores.

El principal proveedor de cuidado sigue siendo la familia y, dentro de ella, las mujeres, sobre todo en los niveles de menores ingresos y en las zonas rurales. Sin embargo, esta oferta tradicional enfrenta cambios importantes por la transformación de las estructuras familiares, las migraciones de los sectores rurales a las ciudades y los nuevos roles de la mujer. Las familias, y particularmente las de menores ingresos, enfrentan mayores retos y cuentan con menos recursos –número de miembros, disponibilidad de tiempo, cambios en el entorno– para asumir la responsabilidad del cuidado, ya no solo de los niños sino también de las personas mayores.

Además de las familias, existe una oferta de cuidado formal focalizada en los centros día y de protección de personas mayores regulados por la ley y financiados en los municipios por los recursos de la estampilla adulto mayor. Sin embargo, esta oferta es insuficiente: llega fundamentalmente a las personas de las zonas urbanas y de las cabeceras de los municipios, y deja por fuera a las personas mayores de las zonas rurales quienes, en algunos casos, son las más vulnerables. Una de las personas entrevistadas se refiere al problema que se desprende de los vacíos normativos o de las “camisas de fuerza” en la asignación y utilización de los recursos que provienen de la estampilla, y que terminan generando exclusión, especialmente de las personas mayores que habitan en las zonas rurales:



*Lo que pasa es que la norma es muy general y es muy ambigua. Los municipios se apegan a la norma, pero no saben bien a qué destinar los dineros. En este momento los más vulnerables son las personas mayores que viven en las zonas rurales; las que viven en las veredas no se están beneficiando de los recursos de las estampillas. Ese es para mí el punto más débil. Si bien se trata de una norma con muchos beneficios*

*para esta población, en los municipios se limitan a beneficiar a las personas mayores que viven en las cabeceras, pues la norma limita el gasto de esos recursos. Muchos afirman que les gustaría que la norma les diera facultades para comprar vehículos e ir a buscar a los mayores y darles el beneficio en el establecimiento. Pero la norma dice que los recursos se deben invertir en el centro de día o bienestar; esto quiere decir que tienen que traerlos a todos al mismo lugar y muchos quieren y proponen que les lleven el beneficio a su casa. Para eso hay que trabajar, para lograr que la norma nos dé la posibilidad de comprar el transporte o de llegar al lugar donde ellos están, porque muchos no se pueden trasladar.*

(Entrevista a profundidad)

---

Más aún, la realidad migratoria, desde una óptica “centro-periferia”, es un obstáculo más para la garantía de una cobertura amplia y suficiente:

---



*El proceso de envejecimiento en el campo es muy fuerte, y lo es aún más en los municipios, que reciben una gran presión urbana. Es el caso de Cundinamarca, que tiene la capital y una zona periférica donde las posibilidades de empleo ejercen una presión muy fuerte en los jóvenes, que terminan migrando masivamente. Las personas mayores, por un tema cultural, no lo hacen; solo migran por razones de salud. En el campo, en las veredas muy pequeñas, no existen centros días adonde sus habitantes puedan ir y atenderse. Este fenómeno social representa verdaderos desafíos de cara a las adecuaciones institucionales que se deben hacer. El país entero debe trabajar.*

(Entrevista a profundidad)

---

Además, y de acuerdo con los resultados del análisis cualitativo, las personas tienen bastantes reservas frente a la calidad de los servicios que prestan estas

entidades, principalmente las que son financiadas con recursos públicos. También tienen sus reservas frente al costo de estos servicios que, en el caso de los llamados hogares privados, resultan inaccesibles para personas de ingresos bajos e incluso de ingresos medios.

### ***6.4.3. Necesidades que la persona mayor espera satisfacer a través del cuidado que le sea provisto: resultados cualitativos***

#### ***6.4.3.1. Grupos urbanos***

En las zonas urbanas, las personas mayores de 60 años le conceden mucha importancia al apoyo socioemocional, al afecto, al buen trato y a la compañía. Para ellos tienen tanta importancia como la satisfacción de las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria.

#### AYUDA/APOYO SOCIOEMOCIONAL

---



*Primero que todo, que nos den mucho amor. Segundo, que sepamos comprender cómo es nuestra vejez.*

(Mujeres, pensionadas, Montería)

---

*Que no me dejen solita... A mí me gusta compartir con las personas, que no haya soledad, que uno tenga a alguien con quien hablar, con quien compartir, con quien comentar. Que no me dejen solita.*

(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

---

## ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

---



*Tener una ayuda, porque yo soy una persona que le gusta estar aseado. Necesito bañarme en la mañana, y en la noche acostarme limpio*

(Hombres, víctimas, Montería)

---

## ACTIVIDADES INSTRUMENTALES

---



*Si llego a una edad avanzada, yo esperaré ayuda en los temas de salud: que me lleven a las citas médicas, que me suministren la droga, que alguien se encargue de mi aseo personal y sobre todo de la alimentación, que es lo más básico.*

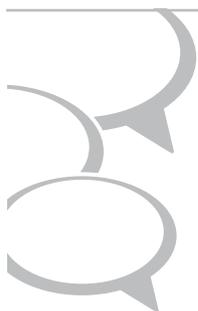
(Hombres, pensionados, Montería)

---

Para las personas entre 40 y 60 años, el afecto y el buen trato son también una prioridad. Esto podría indicar que las generaciones más jóvenes reconocen la variedad de dimensiones que comporta el tipo de cuidado que desearían a futuro. No obstante la necesidad de afecto, los más jóvenes de los grupos focales creen que el cuidado lo deben prestar instituciones especializadas en centros apropiados, o a domicilio, toda vez que entienden que estos servicios tienden a ser cada vez más tecnificados.

Una hipótesis que surge a partir de los resultados es que esta generación reconoce que el componente socioemocional posiblemente no pueda satisfacerse en una institución o en un servicio particular, pues solo la familia y las personas cercanas son capaces de proporcionar ese apoyo. Por esta razón hacen referencia al componente afectivo y emocional como una prioridad ya que no puede ser provisto en instituciones.

Al discriminar las referencias de los grupos focales por sexo, hay diferencias importantes. Mientras que la principal necesidad para los hombres son las actividades de la vida diaria y las instrumentales, las mujeres priorizan la necesidad de afecto y buen trato, es decir, las necesidades emocionales y afectivas.



*A mí me gusta compartir con las personas, que no haya soledad; que uno tenga a alguien con quien hablar, con quien compartir, con quien comentar.*

(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

Los grupos de bajos ingresos le dan la misma importancia a los tres tipos de necesidades; los de ingresos medios privilegian las necesidades emocionales y afectivas, por encima de las necesidades instrumentales, y en un último lugar se encuentran las actividades básicas de la vida diaria. La principal referencia de las personas mayores de altos ingresos son las necesidades emocionales y afectivas, y en segundo lugar las actividades instrumentales.

#### **6.4.3.2. Grupos rurales**

Los mayores de 60 años en las zonas rurales mencionan, en primer lugar, las necesidades afectivas y emocionales.



*Que nos den cariño. Que lo vean a uno como madre, para que uno se sienta contento. Que no lleguen a gritarlo. Que lo visiten. Que nos anhelan.*

(Mujeres, ingresos medios, Puerres)

---

*Yo voy a durar 100 años. En esos 100 años yo quiero que mis hijos me traten bien, para eso yo a ellos los quise y los quiero. Entonces que me apechichen, me mimen, como esa viejita que soy. Así quiero que me traten.*

(Mujeres, bajos ingresos, Ayapel)

---

*Si mis hijos no me llegan a cuidar, que aquel particular que lo haga me trate con amor y con respeto, como yo lo voy a respetar a él también.*

(Estudio de caso, El Salado)

---

La situación es más o menos la misma en el grupo de 40 a 60 años. Privilegian también las necesidades emocionales y afectivas, y en segundo lugar las necesidades de la vida diaria.

---



*Que me hablan así, como yo les hablo a ellos. A mí me gusta mucho hablar con los viejitos, y así me gustaría que me hablan a mí.*

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

---

*Que me traten bien, porque esa ha sido mi forma de tratar a las personas toda la vida. Dios le da a uno lo que uno hace: uno recoge lo que siembra. Yo he sido una persona que ha estado presente. Gracias a Dios me he portado bien con mi familia y he sido responsable con mis hijos. Yo pienso que uno obtiene un premio, por eso quiero que me atiendan bien.*

(Mixto, 40 a 60 años, Ayapel)

---

#### 6.4.4. Dependencia y autonomía: determinante de las relaciones de cuidado

Algunos participantes manifestaron un claro rechazo a la dependencia. Creen que supone un esfuerzo adicional de los miembros de la familia, y que si no se maneja bien puede afectar las relaciones intrafamiliares. Las personas mayores prefieren a las parejas, si aún viven, en vez de representar una carga para los hijos.



*Yo no espero que nadie me cuide. No quiero ser una carga para nadie, ni para ninguno de mis hijos, ni para la sociedad, ni mucho menos para el Estado (si no espero de mis hijos, mucho menos del Estado). Yo quiero valerme por mí mismo hasta el día en que me muera. No sé cuántos años viviré, pero yo no quiero depender absolutamente de nadie. Yo no quiero que nadie me ayude.*

(Hombres, víctimas, Bogotá)

---

*Pues yo lo único que le pido a mi Dios es que me tenga hasta que yo pueda valerme por mí misma. Eso en primer lugar. En segundo lugar, si me deja hasta que yo esté inútil y no pueda valerme por mí misma, que mi esposo, si está vivo, me cuide, para no dar molestias a mis hijos.*

(Mujeres, víctimas, Pasto)

---

El rechazo a la dependencia es tan fuerte, que en varios grupos focales se refirieron a salidas más radicales. Algunos dijeron estar dispuestos a renunciar al deseo de seguir viviendo cuando no puedan valerse por sí mismos y su dependencia implique cuidado permanente.



*Uno tiene que tener salud en esta vida y rogarle a Diosito que no lo ponga a uno en una cama, que no quede uno inválido y que entonces les toque a los hijos...A ese extremo no me gustaría llegar. Yo siempre le pido a mi Diosito que si llego a eso, que me mate de una, porque uno ha visto el caso de tantos compañeros que, apenas llegan a una etapa de esas, los hijos los abandonan...*

(Hombres, pensionados, Montería)

---

*Yo tengo que ser sincero conmigo mismo. Yo toda la vida le he pedido a Dios que el día que no sea útil en mi vida y que no me pueda cuidar por mis propios medios, me borre del mapa...*

(Hombres, víctimas, Montería)

---

La noción de dependencia no se limita estrictamente a una condición de fragilidad, sino que además se percibe como el estado que antecede a un potencial abandono. El temor anticipado a ser abandonado hace que las personas traten de mantener un alto grado de autonomía. A continuación se explorará el cuidado en los casos de discapacidad, que permitirá entender los retos de quienes cuidan personas mayores con un alto grado de fragilidad.

#### ***6.4.5. Niveles de dependencia en las personas mayores y el cuidado***

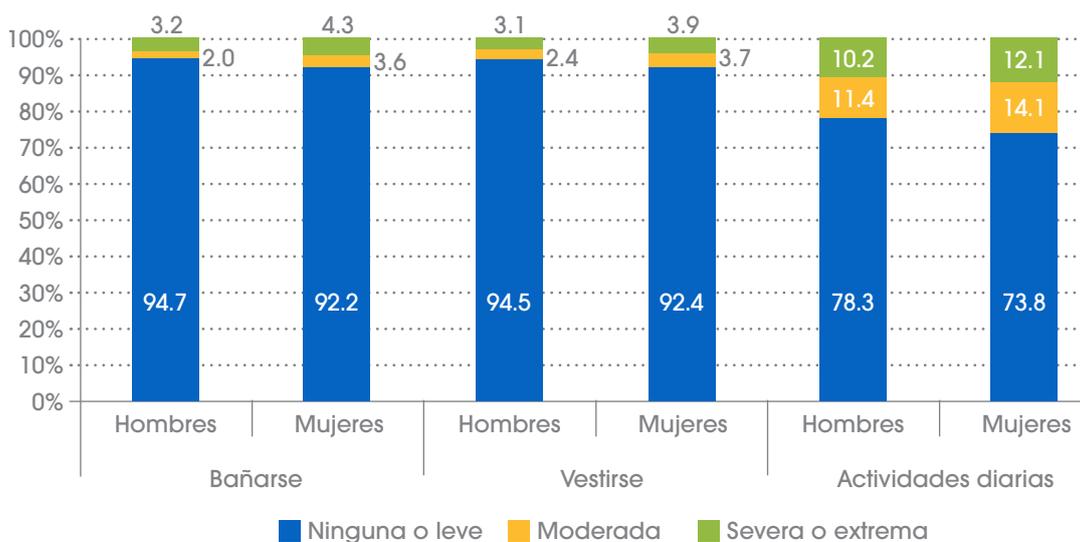
El cuidado que reciben las personas mayores también tiene que ver con sus limitaciones y la intensidad de estas. En esta sección se analizan esas discapacidades y la relación con el cuidado que deben recibir según la intensidad y el tipo de discapacidad. Se asume que las limitaciones extremas que impiden bañarse, vestirse y tener las actividades del día a día afectan fuertemente la independencia de las personas mayores e incrementan su necesidad de cuidado.

En relación con el grado de dificultad para llevar a cabo las actividades diarias, la Figura 6 evidencia que, en general, la mayoría de las personas de

60 años o más tienen limitaciones leves que no les impiden bañarse, vestirse y hacer las actividades del día a día. Los porcentajes de dificultad son más altos en las mujeres que en los hombres. Esto puede estar asociado al fenómeno de feminización del envejecimiento, es decir, a una mayor presencia de mujeres en las edades más avanzadas debido a su mayor expectativa de vida. El mayor grado de limitación se presenta en las actividades diarias<sup>6</sup>: las mujeres registran dificultad severa y moderada en un 12 % y en un 14 %, y los hombres en un 10 % y en un 11.4 %, respectivamente (Figura 6).

**Figura 6**

Distribución de las personas de 60 años o más según el grado de dificultad para bañarse, vestirse y hacer las actividades diarias, diferenciadas por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

Al analizar el grado de dificultad para realizar actividades según el sexo y por grupos de edad, en ambos grupos etarios las mujeres presentan mayores grados de dificultad que los hombres y, como era de esperarse, estas son más acentuadas en el grupo de 70 años o más. Como en el agregado, los mayores

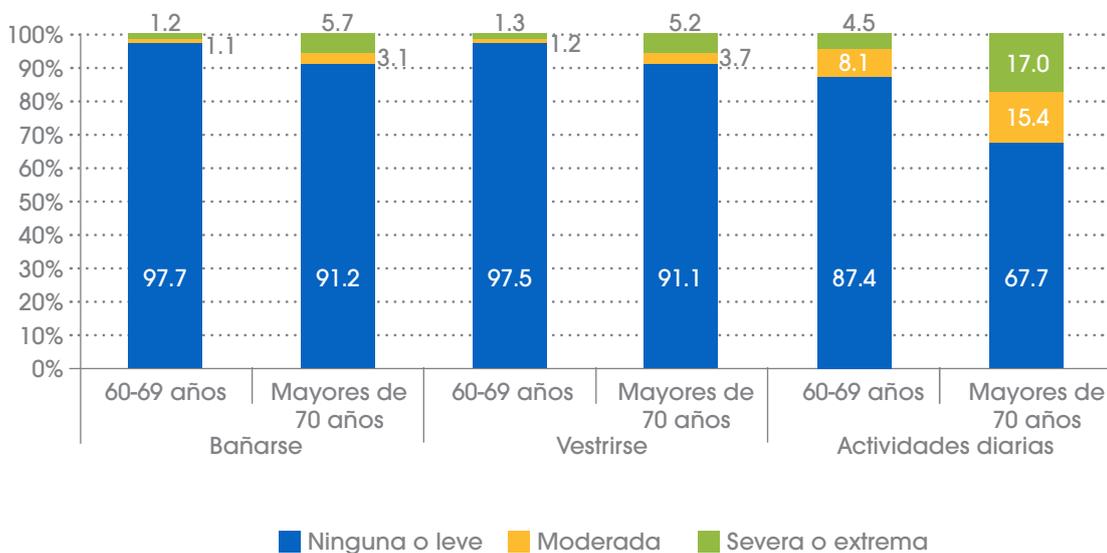
<sup>6</sup> En la variable de actividades diarias está incluido el trabajo, el estudio o cualquiera que sea la actividad diaria.



grados de dificultad se presentan en las actividades diarias: en el grupo de 60 a 69 años, los hombres registran dificultad moderada y severa en un 8.1 % y 4.5%, y las mujeres en un 10.3 % y 4.8 %, respectivamente. En el grupo de 70 años o más, los hombres presentan una dificultad moderada y severa en un 15.4 % y 17 %, mientras que las mujeres registran grados de dificultad moderada y severa del 18.3 % y del 20.5 %, respectivamente (Figuras 7 y 8). Es decir que una de cada cinco mujeres de 70 años o más tiene dificultad severa para hacer las actividades diarias, lo que tiene implicaciones importantes de satisfacción de necesidades de cuidado, no solo para la familia sino para el Estado.

**Figura 7**

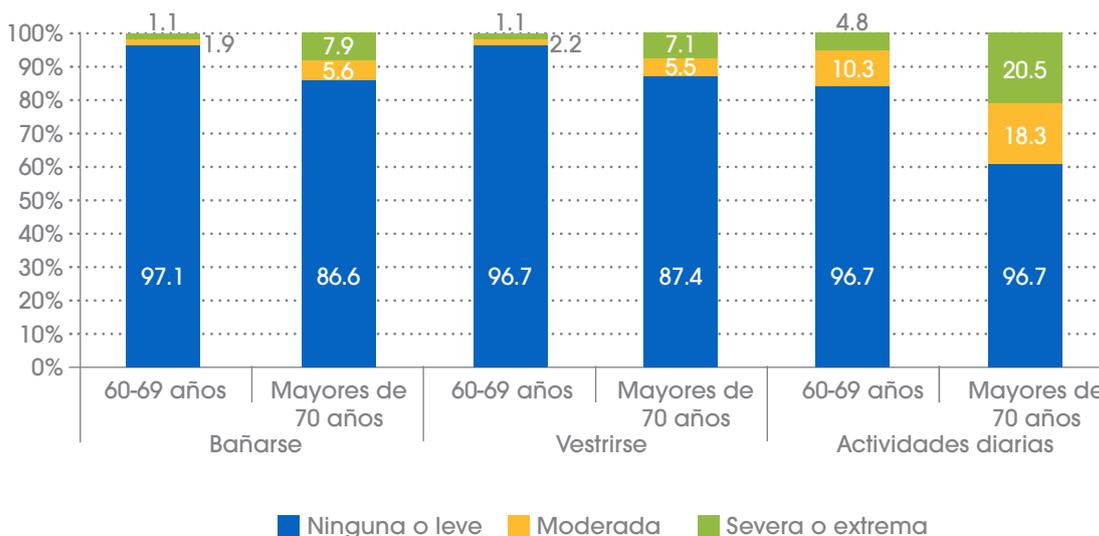
Distribución de los hombres mayores según el grado de dificultad para bañarse, vestirse y hacer las actividades diarias, por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

**Figura 8**

Distribución de las mujeres mayores según el grado de dificultad para bañarse, vestirse y hacer las actividades diarias, por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

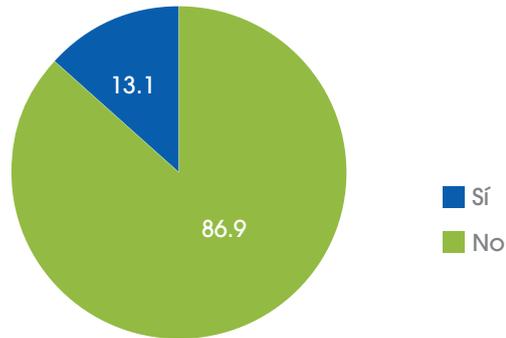
No solo la dificultad para hacer las actividades diarias aumenta a medida que las personas envejecen, sino que aparecen limitaciones permanentes o se agudizan las ya presentes. Con base en los datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012 (ELPS), se estudian las limitaciones permanentes, consideradas extremas, que afectan la independencia de las personas mayores e incrementan su necesidad de cuidado.

El 13 % de las personas de 60 años o más tiene al menos una limitación permanente (Figura 9). En los diferentes grupos etarios, la limitación permanente más importante es la que impide moverse o caminar, seguida de la limitación para ver y de otras. En el grupo de 40 a 49 años, la primera (moverse o caminar) se presenta en un 1.7 % y aumenta en el grupo de 70 años o más a un 9.7 %. La segunda (limitación para ver) inicia en el primer grupo etario en un 1 % y en el de 70 años o más aumenta al 4.2 %. Otras limitaciones pasan de un 1.4 % al 4% (Figura 10). El envejecimiento cronológico va acompañado de un envejecimiento fisiológico y biológico.



**Figura 9**

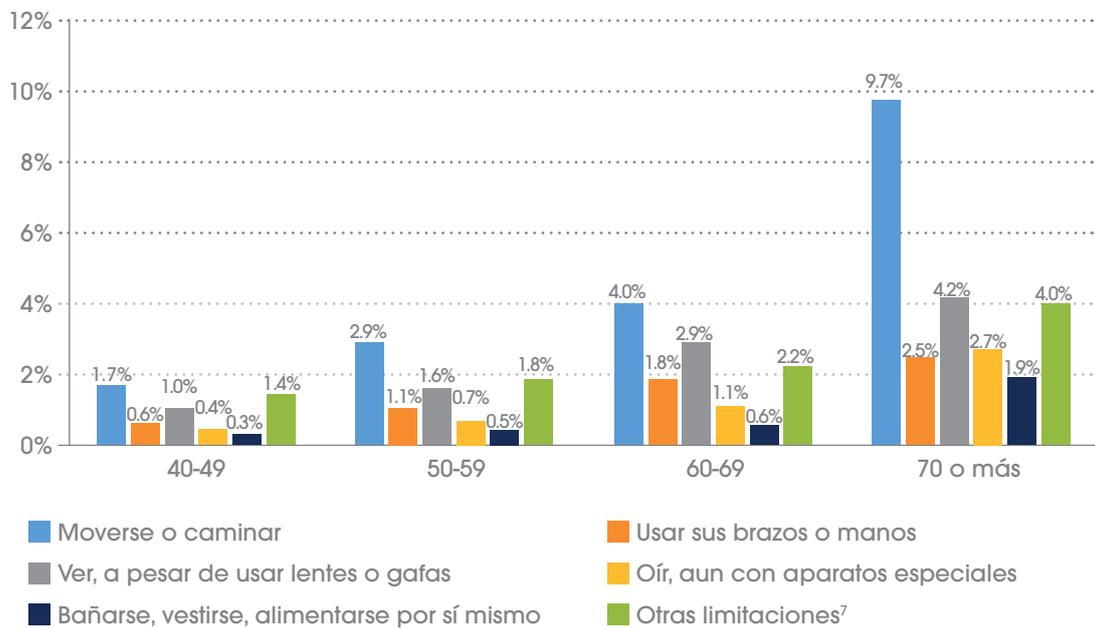
Porcentaje de personas de 60 años o más con algún tipo de discapacidad



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

**Figura 10**

Porcentaje de personas con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

7 La variable de otras limitaciones incluye algunas permanentes para hablar, entender o aprender, relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales, deficiencia por causa psiquiátrica y otra limitación.

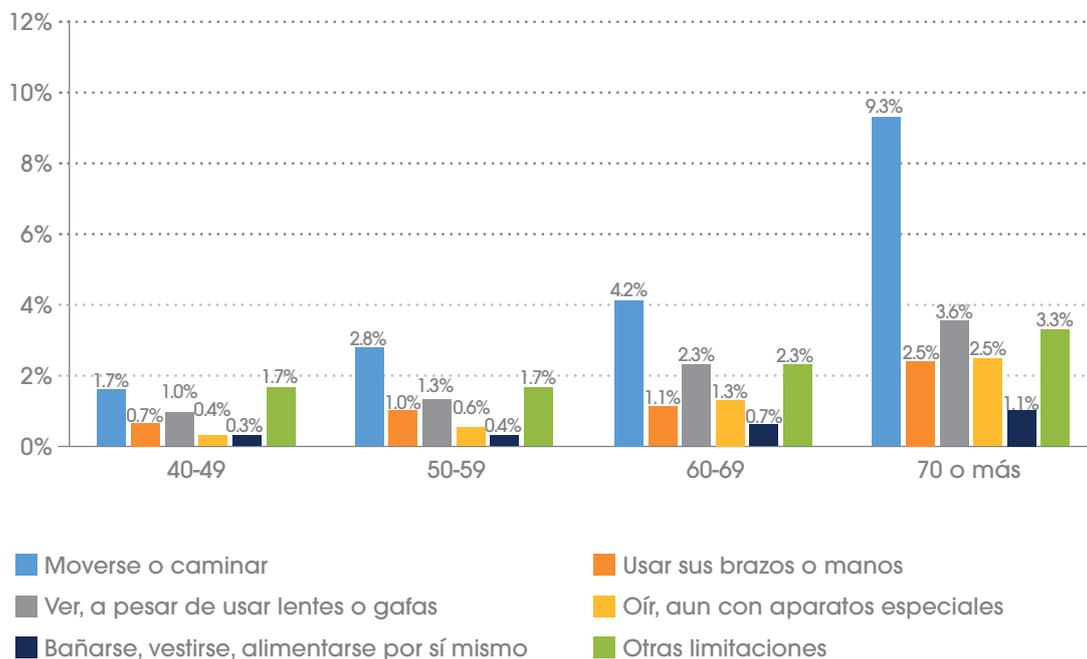


Al analizar las limitaciones permanentes diferenciando por sexo, tanto en hombres como en mujeres, estas aumentan a medida que se envejece cronológicamente. La que más aumenta con el pasar de los años es la que impide moverse o caminar: pasa de un 1.7 %, tanto en hombres como en mujeres de 40 a 49 años, a un 9.3 % en hombres y a un 10 % en mujeres en los grupos de 70 años o más. En el grupo de 60 a 69 años, tanto para los hombres como para las mujeres, las mayores limitaciones se presentan en moverse, ver, y otras.

Las mujeres de 70 años o más presentan mayores limitaciones en todas las categorías, menos en usar los brazos o las manos, en donde hombres y mujeres presentan el mismo porcentaje (2.5 %) (Figuras 11 y 12).

**Figura 11**

Porcentaje de hombres adultos con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios

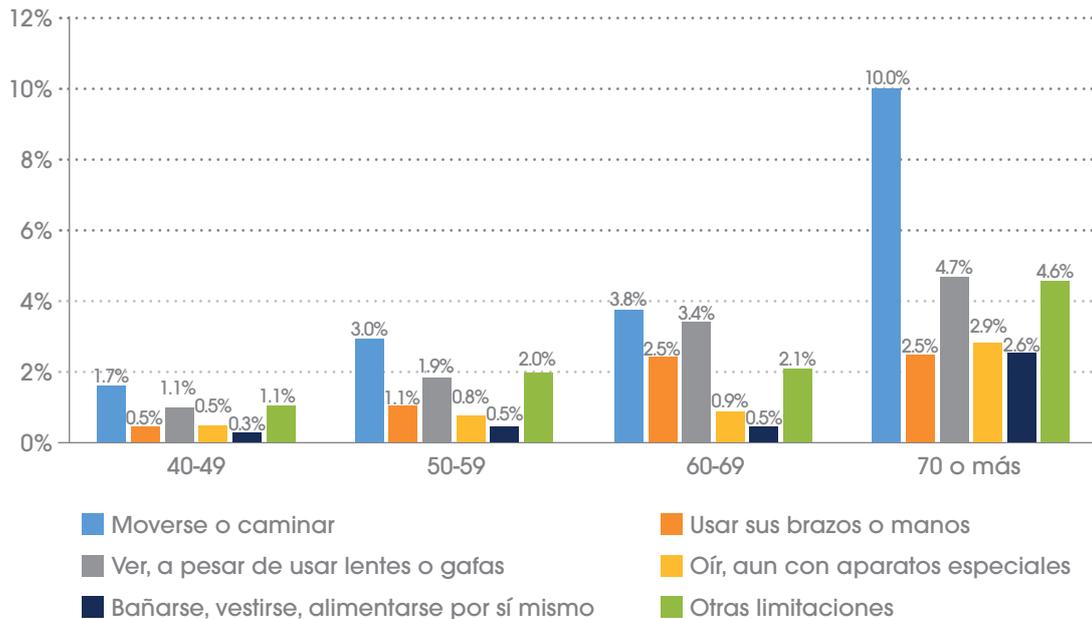


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.



**Figura 12**

Porcentaje de mujeres mayores con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios

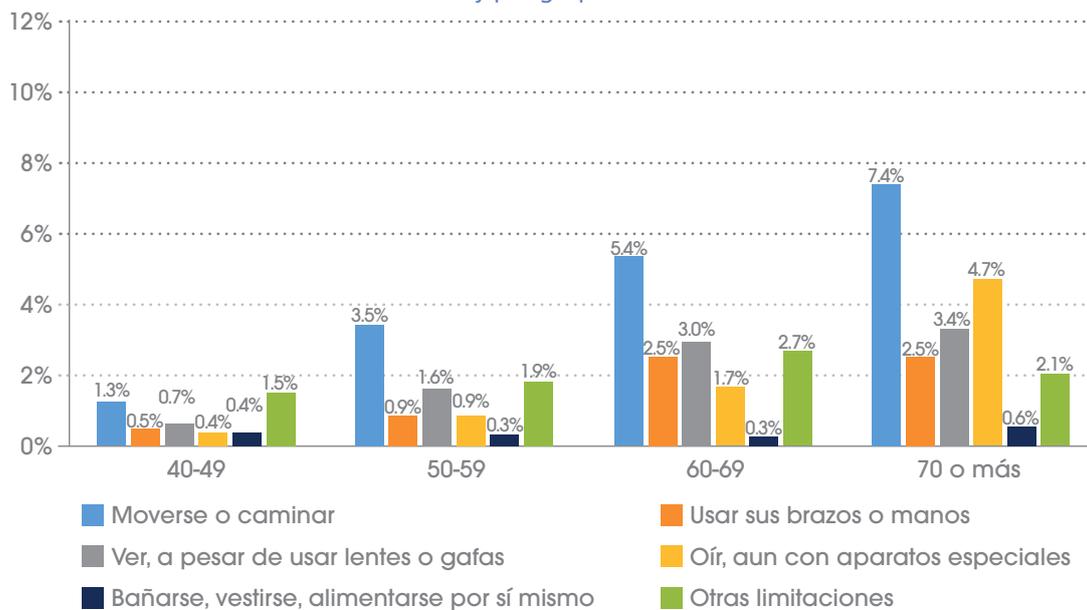


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

La principal limitación en todos los grupos etarios y en ambas zonas –rural y urbana– es para moverse o caminar, con excepción de las personas de 40 a 49 años en las zonas rurales, cuya principal limitación es la de la categoría de “otras”. En el grupo de 60 a 69 años, en la zona rural, un 5.4 % de las personas tiene dificultades para moverse o caminar, y un 2.5 % para mover los brazos; en la zona urbana, por su parte, el 3.7 % de las personas tiene limitaciones para moverse y un 1.7 % para usar los brazos. Y en el grupo de 70 años o más, en la zona rural, el 7.4 % de las personas tiene dificultades para moverse y el 4.7 % para oír, mientras que en la zona urbana el 10.2 % tiene limitaciones para moverse y un 2.3 % para oír (figuras 13 y 14). Estas diferencias por zona podrían deberse a que las personas mayores en las zonas rurales tienen más actividad (o al mejor acceso a los servicios de salud en las zonas urbanas).

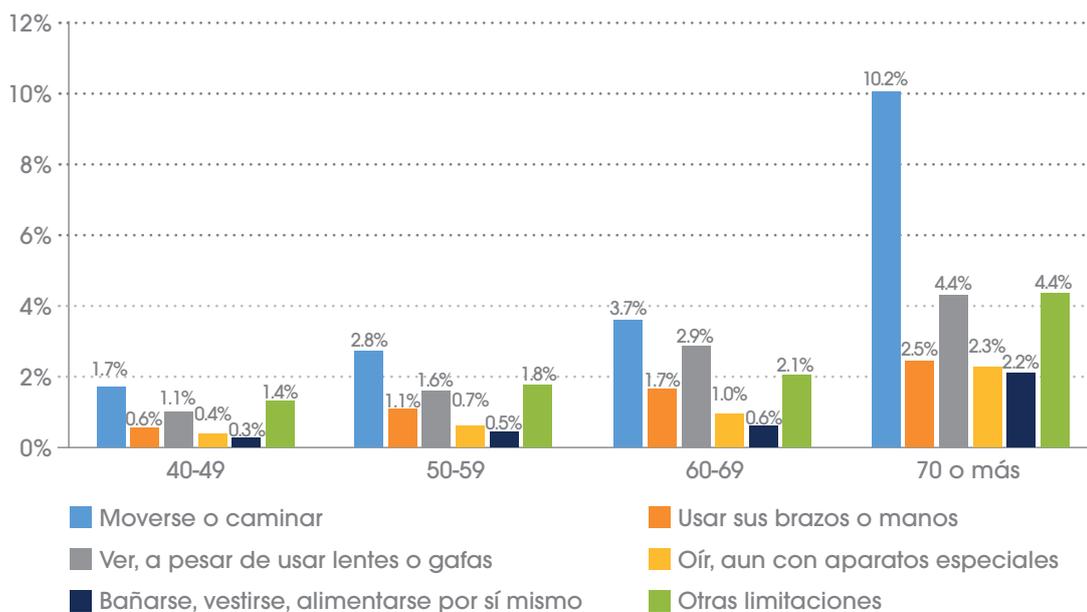
**Figura 13**

Porcentaje de personas en la zona rural con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios



**Figura 14**

Porcentaje de personas en la zona urbana con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios



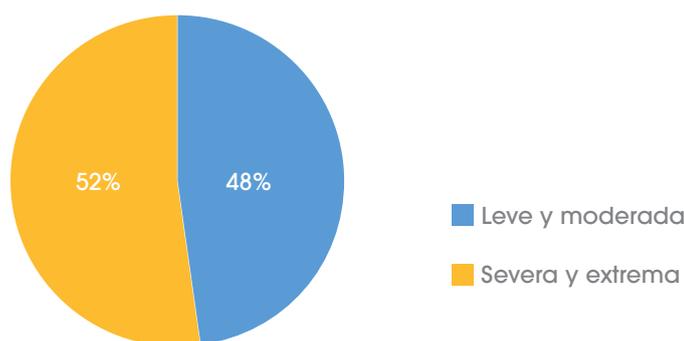
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.



El 52 % de las personas de 60 años o más presenta una afectación severa y extrema, es decir, que no puede tener ninguna actividad, y su día a día se ve muy afectado. El 48 % restante presenta una afectación leve y moderada (Figura 15). Quiere decir esto que por lo menos la mitad de las personas mayores con alguna limitación permanente tiene severas y extremas dificultades para realizar las actividades diarias, y requiere cuidado especial, con las consiguientes implicaciones para la familia y el Estado en términos de tiempo y recursos financieros.

**Figura 15**

Porcentaje de personas mayores con limitaciones permanentes, según el grado de limitación en las actividades diarias



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

El 72 % de las personas de 60 años o más con alguna limitación permanente es cuidada, ya sea por alguien de la familia o por una persona ajena al hogar, ya sea remunerada o no (Figura 16). Una de las principales fuentes de cuidado proviene de las personas del mismo hogar, que en promedio brindan 54 y 55 horas semanales de cuidado. Es decir, que los miembros del hogar hacen jornadas de cuidado a las personas mayores cuya intensidad supera una laboral de 48 horas semanales (Figura 17).

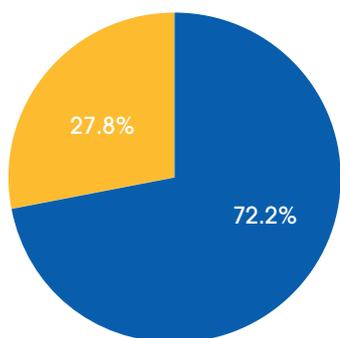
La distribución de las personas, que cuidan a las personas mayores con limitaciones permanentes, indica que el cuidado lo brindan principalmente personas del hogar (por lo menos en el 50 % de los casos). El cuidado que se brinda en el hogar es especialmente alto en las limitaciones para bañarse, vestirse, alimentarse (76 %) y otras limitaciones (77 %). El porcentaje de personas mayores con limitaciones permanentes que permanecen solos es particularmente

importante en las limitaciones para moverse, caminar, usar los brazos y las manos, ver a pesar de usar gafas y oír aun con aparatos: entre el 25 % y el 35 %. Esta cifra no es despreciable y es muy preocupante: estas limitaciones son extremas e implican serios riesgos para la salud y la vida de la persona mayor (Figura 18).

El porcentaje de personas distintas de los miembros del hogar no remuneradas, que cuidan a las personas mayores con limitaciones permanentes, fluctúa entre un 9 % y un 16%. El cuidado de mayor porcentaje es el de las limitaciones para moverse o caminar (16 %), y el menor es el cuidado en limitaciones para oír, aun con aparatos (Figura 18). El porcentaje de personas que hacen labores de cuidado y son remuneradas es muy bajo, solo llega al 8 % en el caso de las personas con limitaciones permanentes para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismos. Vale la pena mencionar que para ninguna de las limitaciones permanentes de las personas hay instituciones contratadas para cuidarlas. Ello evidencia la importancia preponderante de la familia en el cuidado de las personas mayores.

**Figura 16**

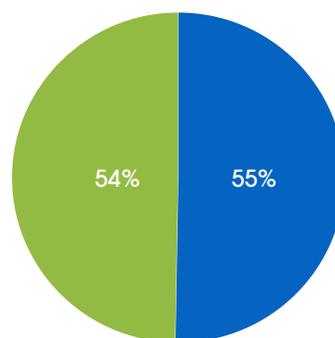
Porcentaje de personas de 60 años o más con limitaciones permanentes que reciben cuidado



■ Sí      ■ No

**Figura 17**

Promedio de horas de cuidado a la semana que reciben de miembros del hogar las personas de 60 años o más con limitaciones permanentes



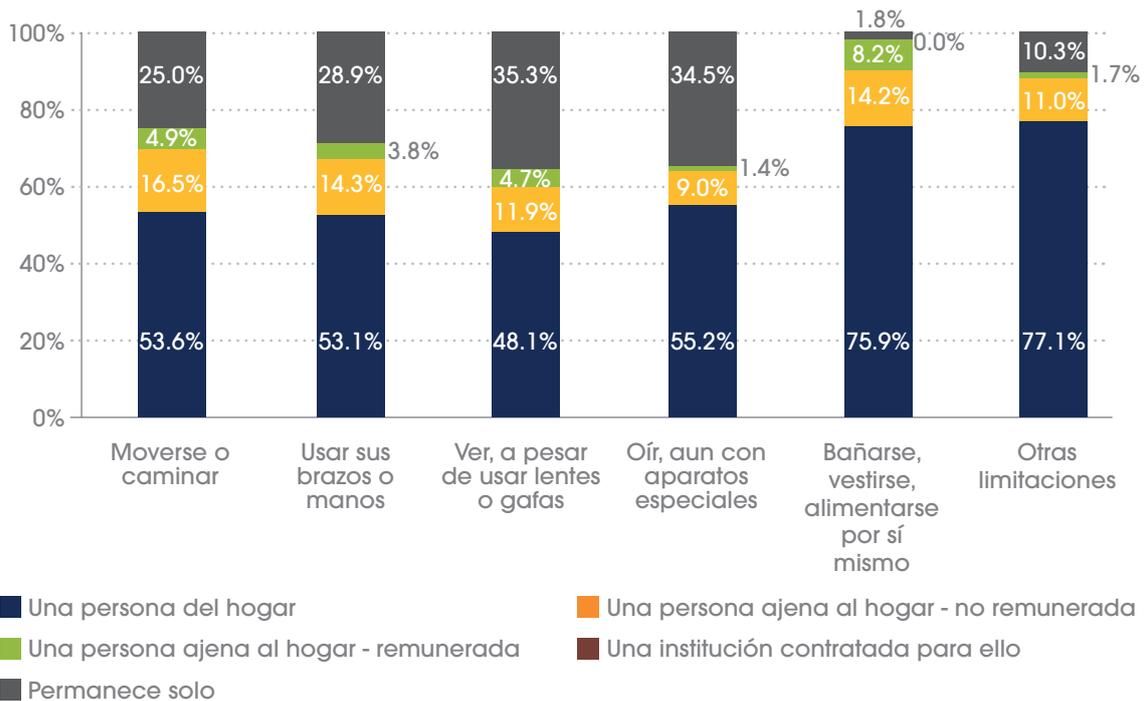
■ Hombres      ■ Mujeres

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.



**Figura 18**

Distribución de quienes brindan cuidado a las personas mayores con limitaciones permanentes, según tipo de limitación



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

En resumen, los resultados sobre cuidadores indican que es la familia, y en este caso una persona del hogar, quien lleva las labores del cuidado de las personas mayores con limitaciones. En el cuidado de la persona mayor no hay diferencias por sexo: un 72 % de las personas de 60 años o más recibe algún tipo de cuidado, y tanto este como el número de horas no cambia sustancialmente por sexo.

#### 6.4.6. El cuidado de las personas mayores y las enfermedades crónicas

Al igual que las discapacidades, las enfermedades crónicas afectan las actividades de la vida diaria y la independencia de las personas mayores y

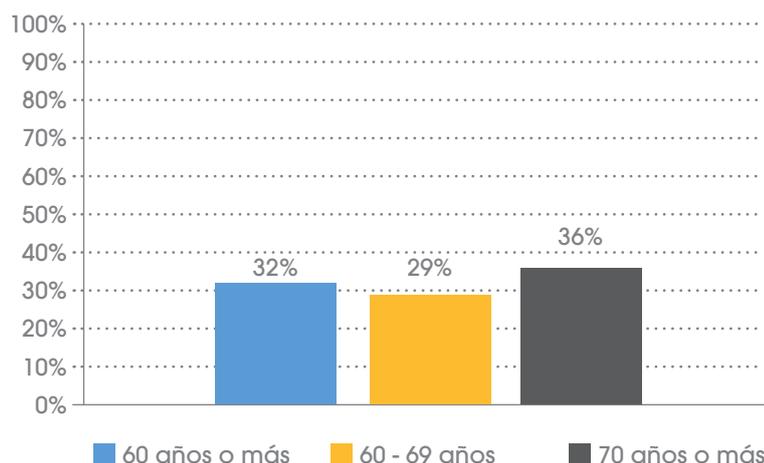


aumentan su necesidad de cuidado. En el agregado de personas de 60 años o más, el 32 % tiene alguna enfermedad crónica; ahora bien, desagregando, entre el grupo etario de 60-69 años la prevalencia disminuye en tres puntos porcentuales, mientras que para el de 70 años o más pasa del 29 % al 36 % (Figura 19). El tipo de enfermedad crónica que más sufren tanto hombres como mujeres mayores es la hipertensión: un 19 % y un 22.4 %, respectivamente. En comparación con los hombres, las mujeres sufren más artritis o artrosis (7.5 %), diabetes (6.6 %), enfermedad renal (1.5 %) y problemas cerebrovasculares<sup>8</sup> (1 %). En los hombres son más comunes que en las mujeres el asma (3.2%) y los problemas cardiacos (3.8%) (Figura 20).

Al envejecer cronológicamente, es decir, al pasar del grupo etario de 60-69 años al de 70 años o más, aumenta el padecimiento de todas las enfermedades crónicas. La hipertensión pasa del 18.9 % en el grupo de 60-69 años al 23.2 % en el de 70 años o más. La diabetes aumenta de un 5.9 % a un 6.1 % y la artritis del 5 % al 7.8 % (Figura 21).

**Figura 19**

Porcentaje de personas de 60 años o más con alguna enfermedad crónica, por grupo etario

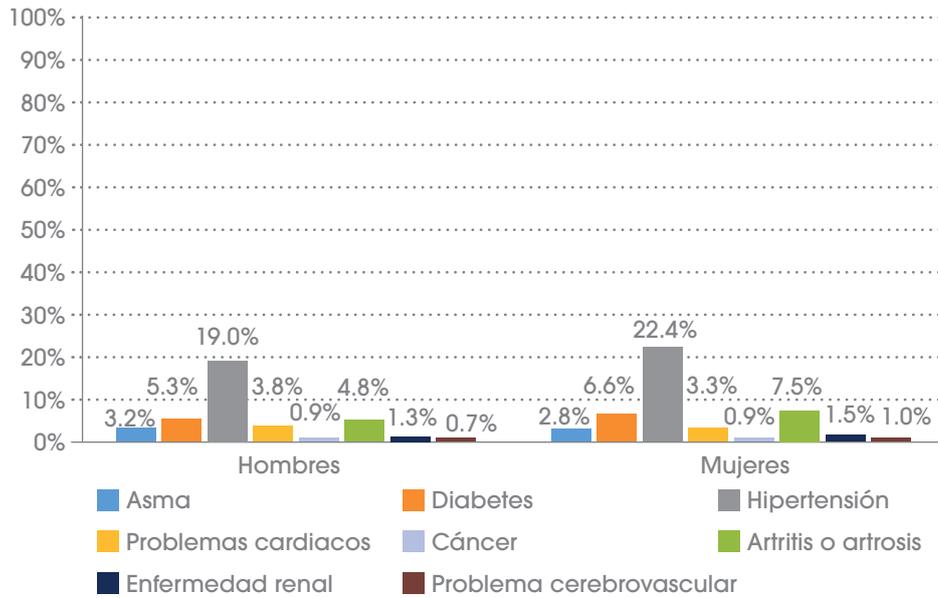


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

8 Los problemas cerebrovasculares incluyen la apoplejía, el derrame cerebral y la isquemia cerebral.

**Figura 20**

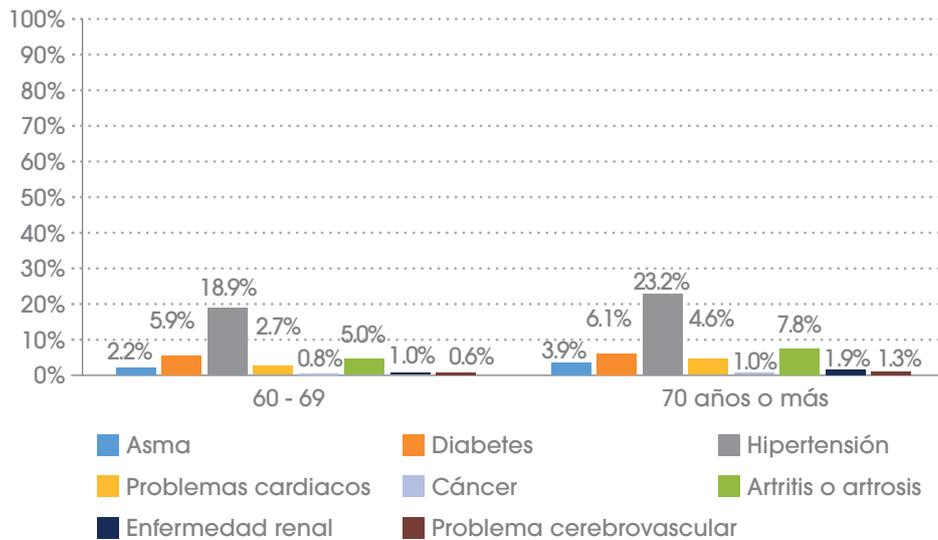
Porcentaje de personas de 60 años o más que sufren enfermedad crónica, por tipo de enfermedad y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

**Figura 21**

Porcentaje de personas de 60 a 69 años y de 70 años o más que sufren enfermedad crónica, por tipo de enfermedad y grupo etáreo

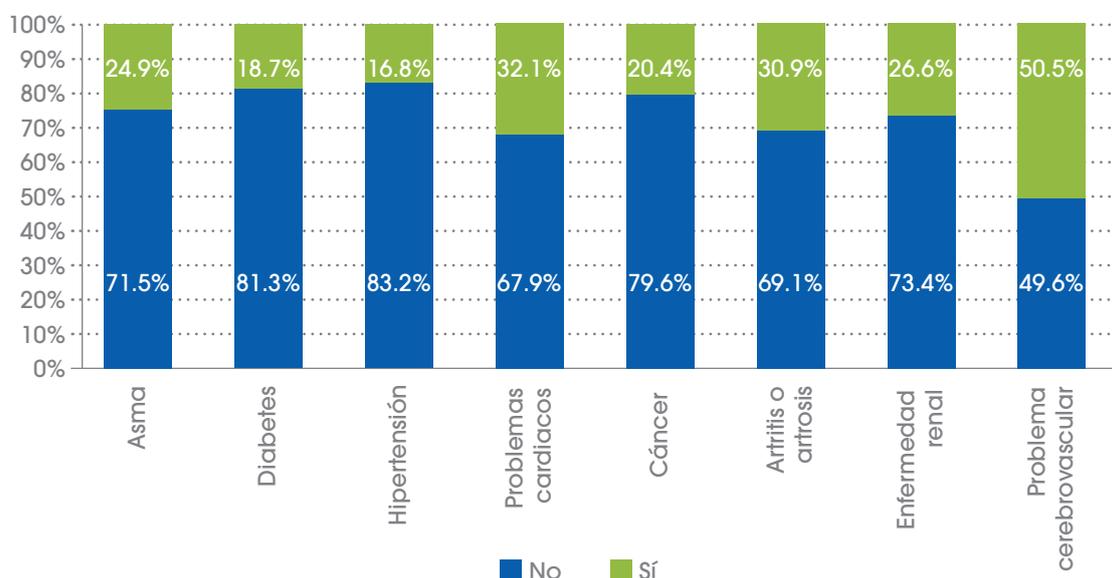


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.



Menos del 50 % de las personas, que sufren alguna de las enfermedades crónicas consideradas, está siendo cuidada. Quienes padecen problemas cerebrovasculares son quienes más reciben cuidado (50.5 %), mientras que quienes padecen hipertensión son quienes menos lo reciben (17 %) (Figura 22).

**Figura 22**  
Personas de 60 años o más que reciben cuidado, según tipo de enfermedad



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

Un 29 % de las personas de 60 a 69 años y un 37 % de las personas de 70 años o más tiene algún tipo de enfermedad crónica, y sufre principalmente de hipertensión. Estas enfermedades crónicas aumentan la necesidad de las personas mayores de recibir cuidados. Excepto las personas con problemas cerebrovasculares, la mayoría no recibe ningún tipo de cuidado. A medida que la población colombiana siga envejeciendo, el número de personas con enfermedades crónicas puede aumentar. Es crucial desarrollar diferentes mecanismos de prevención de las enfermedades crónicas y también crear soluciones de servicios del cuidado tanto estatales como privados.

#### *6.4.7. Efectos derivados de la provisión de cuidado*

Los resultados del análisis cualitativo coinciden con la literatura, según la cual el cuidado puede ser percibido como una “carga”, y esta responde a la dificultad del cuidador de conciliar su tiempo y sus recursos con la atención de las necesidades de cuidado; cuando no, lo que se tiene es el efecto de “realce”, según el cual la tarea de cuidado le genera bienestar a quien la realiza, toda vez que estimula sentimientos positivos.

En general, en todos los grupos se hace mayor referencia al cuidado como carga; sin embargo, hay algunas referencias al cuidado como algo satisfactorio, como algo que realza el rol de quien cuida. Al desagregar las referencias sobre el tema, las mayores manifestaciones de los “efectos de realce” del cuidado vinieron de las personas mayores de las zonas urbanas y de altos ingresos. Por otro lado, el cuidado tiene una connotación de carga para la totalidad de los grupos focales de 40 a 60 años, en los grupos de las zonas rurales y en los grupos de víctimas.

A continuación se analizan en primer lugar los resultados en los que el cuidado se asocia nociones de carga, y luego se presentan y estudian los casos en los que el cuidado tiene un efecto de realce.

Los grupos focales evidencian la negativa de las personas mayores a transferir la carga de su cuidado a sus familiares, pues reconocen que su grado de dependencia exige una serie de recursos económicos y psicológicos de los familiares y un esfuerzo para ellos adicional para poder conciliar sus obligaciones y responsabilidades cotidianas. En este sentido, las personas mayores asocian su dependencia a una carga para quien decide asumirla.

A esto se añade la percepción de las personas mayores de que sus familias, especialmente los integrantes más jóvenes, están dispuestos a renunciar más fácilmente a las responsabilidades de cuidado que en épocas anteriores se transferían naturalmente de generación en generación. La percepción de que sus potenciales cuidadores decidan asumir cada vez menos las cargas que implica, se asocia a la noción de abandono que, como se mencionó, está relacionada a su institucionalización, o en casos más críticos, al completo abandono. Esta percepción la sintetiza el comentario de esta mujer en el grupo focal de mujeres mayores pensionadas en la ciudad de Montería:



*Ahora, como dicen por ahí, “si tienes una vejez necia, entonces hay que meterte en un ancianato”, porque la juventud de ahora no es como la de antes. Yo, por ejemplo, fui siempre de atender a mi viejita, hasta lo último...La juventud de ahora no es así.*

(Mujeres, pensionadas, Montería)

Los participantes de los grupos focales consideran que el abandono no es solo físico; el abandono trasciende el plano emocional y afectivo y trae consigo el rompimiento de lazos afectivos y socioemocionales susceptibles de materializarse en el abandono físico. Esta percepción anticipada puede causar estrés y un daño psicológico al potencial receptor de cuidado, al punto de afectar su salud mental y sus proyectos de vida durante la vejez.

El abandono es quizás uno de los retos más importantes que tienen las familias y las instituciones, en la medida en que la desvinculación de la persona mayor de su familia acarrea serios daños psicológicos. En palabras de uno de los entrevistados:



*La crisis que está enfrentando la familia como núcleo es la principal debilidad que hay, porque las personas dejan a las personas mayores en un espacio en el que se deshacen de ellas, no hay una reciprocidad de atención frente a lo que ellas alguna vez hicieron por nosotros cuando éramos chiquitos. Ahora tenemos tantas cosas que hacer, que ya no hay tiempo para atender a las personas mayores.*

(Entrevista a profundidad)

La percepción de abandono es distinta a la de independencia, según la cual las personas, aun reconociendo una posible pérdida de facultades físicas y mentales en su vejez, prefieren su autonomía y solventar la mayoría de sus necesidades básicas e instrumentales sin acudir a un tercero.



*Como cada hijo tiene su vida independiente, entonces yo seguiré en mi casa y me irán a visitar. Porque uno no puede ser una carga para los hijos ni para los nietos. La decisión ya es de ellos, de los sentimientos que tengan.*

(Mixto, altos ingresos, Montería)

---

*Hay muchas cosas por hacer, y también tengo pensado no ser una carga para mi familia. Eso es lo que uno más piensa.*

(Mixto, 40 a 60 años, Bogotá)

---

En resumen, esta investigación sugiere que la independencia significa la interiorización y la minimización de las cargas de su propio cuidado, y que se procura prolongar la autonomía mediante el autocuidado, sin que ello implique el rompimiento de los lazos de apoyo físico o emocional. Mientras tanto, el abandono sí implica situaciones de divorcio físico y afectivo que tienen efectos negativos en la persona mayor.

#### **6.4.7.1. Motivación para el cuidado: efecto retribución**

La retribución y el cuidado intergeneracional son dos conceptos claves para entender las dinámicas de cuidado desde la esfera familiar. En algunos casos, la noción de retribución justifica el emprendimiento de las labores de cuidado de un familiar o ser querido. Como se ilustrará más adelante, el principio de reciprocidad y de compensación explican por qué las personas deciden cuidar o depositar sus expectativas de cuidado en una persona de quien se espera un acto de retribución. En otros casos, el cuidado intergeneracional explica dinámicas de retroalimentación positiva de saberes, experiencias y vínculos afectivos entre generaciones distintas.

Según el cruce de los resultados cualitativos, el “efecto carga” del cuidado guarda relación con la noción de retribución. Los resultados del análisis demuestran que las familias o sus potenciales cuidadores principales están dispuestos a asumir la carga del cuidado en compensación a las ayudas económicas o domésticas que las hoy personas mayores les prestan o les prestaron en el pasado.

Estos son casos en los que las dinámicas de reciprocidad definen acuerdos implícitos de cuidado entre distintas generaciones dentro de una familia y se evitan situaciones potenciales de abandono.



*Así como uno trató a los hijos desde niños, que ellos lo traten a uno también a esa edad. Dicen que cuando uno llega a viejo, es igual a como cuando era niño. Si uno educa bien a los hijos, si los trata bien desde niños, cuando uno ya no pueda andar puede ser que ellos, tal vez ya mayores, lo cuiden a uno de la mejor manera, como uno los cuidó a ellos.*

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

---

*A mí me gustaría que me atendieran súper bien, y por eso yo he intentado que la educación de los hijos sea lo primero. Uno sabe que lo que uno siembra es lo que recoge. Yo he educado a mis hijos, les he dado ejemplo con mis padres, porque ellos han vivido bien... Yo espero que así, como yo les he enseñado, ellos hagan conmigo lo mismo.*

(Mixto, 40 a 60 años, Montería)

---

Existe una relación de expectativa de retribución intergeneracional entre la necesidad de ser cuidado en el futuro y el cuidado y la crianza de los hijos en el pasado. Las personas tienen la expectativa de que sus hijos los cuiden en el futuro, en retribución al cuidado y al proceso de crianza que ellos les brindaron cuando eran niños. En la mayoría de los grupos focales, los participantes afirmaban que desearían que fueran sus hijos quienes estuvieran pendientes de su cuidado – directa o indirectamente–: “Uno recoge lo que siembra”. En el grupo focal de Gutiérrez, un participante menciona:



*Las relaciones que uno va adquiriendo, digamos que en el caso mío en el trabajo, todo es ir abonando terreno para el futuro. Con los hijos es parecido: voy a darle estudio a mis hijos, para que ellos de aquí a mañana no me vayan a dejar por ser una carga o, al contrario, que ellos no vayan a ser una carga para mí, como pasa en muchas partes. Es eso: ver qué puedo coger yo de aquí, para ir aportando para más adelante.*

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

## **6.4.8. Intervención del cuidador en la provisión de cuidado a las personas mayores: cuidado directo e indirecto**

### **6.4.8.1. Cuidado directo**

El cuidado directo implica la intervención concreta en las acciones propias del cuidado, y estas son de naturaleza básica o instrumental. Los resultados cualitativos revelan una prevalencia de la relación de cuidado directa sobre la indirecta. Se tuvieron en cuenta tanto los cuidados que se recibían al momento de la realización de los grupos focales, como las expectativas de los participantes frente al cuidado.

Las referencias categorizadas como cuidado directo significan que el sujeto mencionado por los participantes contribuía en la acción de cuidar. Por el contrario, cuando se aludía a un sujeto como supervisor o administrador del cuidado, se codificaba bajo la categoría de cuidado indirecto.

En la mayoría de los casos, las personas esperan que su cuidado provenga de algún familiar, y en este sentido procuran depositar esta responsabilidad, algunas veces dispendiosa, en personas de confianza con quienes se tiene un vínculo cercano. El hecho de compartir lazos emocionales y afectivos con ciertas personas, previos a las responsabilidades de cuidado, podría facilitar la disposición del cuidador potencial a asumir las "cargas", toda vez que dichos lazos parecieran estar por encima de las consecuencias negativas que se derivan del mismo.

Es importante subrayar que las personas solicitantes de cuidado pueden tener la certeza del tipo de cuidado que recibirán cuando conocen de antemano a

su potencial cuidador, esto es, a alguien de la familia, y sin que esto signifique que el cuidado que viene de un tercero sea deficiente. Esto, sin duda alguna, direcciona las expectativas en la familia.

#### **6.4.8.2. Cuidado indirecto**

Las referencias alusivas al cuidado indirecto explican otra dinámica de cuidado clave. El cuidado indirecto se refiere a la supervisión del cuidado, a que alguien vela y se asegura de que el cuidado que se está brindando sea el adecuado. Comúnmente, las referencias en esta categoría aluden al grado de intervención de un familiar en el cuidado del solicitante: si no participaba directamente en las acciones de cuidado, pero se preocupaba por el buen cuidado, se categorizaba como cuidado indirecto.

Según los resultados, la persona espera que el cuidado indirecto, especialmente en el ámbito familiar, no signifique un distanciamiento que termine vulnerando los lazos afectivos que existen entre ella y su proveedor. De hecho, se tiene la expectativa de que, en el ejercicio del cuidado indirecto, surjan expresiones afectivas en diversas oportunidades, como por ejemplo durante las visitas o en las llamadas telefónicas.

La tendencia de la persona mayor que necesita cuidado a no acudir a su núcleo familiar para satisfacer sus necesidades básicas e instrumentales responde a que considera que al hacerlo está generándole a su familia una carga y que se podrían llegar a afectar los lazos afectivos que se tienen. En otros casos, la persona cree que el cuidado indirecto por parte de la familia evita que esta exceda los límites del cuidado hasta constreñir su autonomía y perder su independencia. El sobre cuidado puede ser contraproducente para la persona mayor, pues limita su desenvolvimiento en la satisfacción de sus propias necesidades y, en general, de su autocuidado. Por esta razón, las personas mayores pueden tener el cuidado indirecto de sus allegados como una forma ideal de cuidado que no le resta el ejercicio de su autonomía y no menoscaba los lazos afectivos.



## 6.5. Oferta del cuidado que proveen las personas mayores

### 6.5.1. El tiempo dedicado al cuidado

Como se mencionó atrás, el cuidado puede ser formal –el que ofrecen, por ejemplo, las instituciones del Estado, las organizaciones sin ánimo de lucro o los servicios de cuidado privados– o informal –el que brindan la familia o las redes comunitarias de apoyo– (Ravazi y Staab, 2008, Bazo y Ancizu, 2004).

La información sobre la oferta y el número de personas que reciben cuidado formal en Colombia es poca. Esta sección estudia el cuidado informal, que se caracteriza por no ser remunerado y por no cumplir con los requisitos del cuidado formal, pues usualmente lo brindan miembros de la familia o allegados. El cuidado formal, en cambio, implica una remuneración al proveedor, que rara vez pertenece al círculo familiar. Esta sección se ocupa en particular del tiempo que las personas mayores dedican a las labores del cuidado, y se desagrega por grupos de edad.

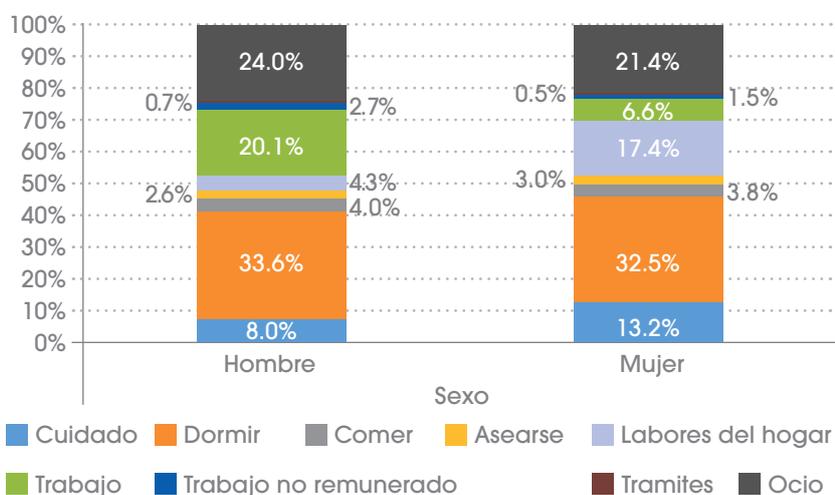
Mientras que las mujeres de 60 años o más dedican en promedio un 13.2 % (3.2 horas) de su tiempo al cuidado de otras personas, los hombres dedican un 8 % (1.9 horas). Las mujeres dedican un 17.4 % (4.2 horas) de su día a las labores del hogar, mientras que los hombres solo un 4.3 % (poco menos de una hora). Los hombres le dedican al trabajo remunerado más tiempo que las mujeres (20.1 % o cinco horas, versus 6.6 % o 1.6 horas). En general, los hombres tienen más tiempo de ocio que las mujeres (Figura 23). Estos resultados confirman la evidencia de la bibliografía revisada para este capítulo, según la cual la carga de cuidado y las labores del hogar son asumidas comúnmente por la mujer; esto por razones tanto estructurales como ideológicas, relacionadas con la distribución desigual del cuidado y de las labores domésticas por sexo. Como afirman Ullmann et al. (2014): “existe una fuerte rigidez en la división sexual del trabajo dentro del hogar y las mujeres siguen siendo las principales proveedoras de cuidado infantil y en general de los miembros dependientes” (p. 50). Siguen siendo, también, las principales responsables de las labores domésticas, en detrimento del tiempo para el ocio.

Las personas mayores dedican en promedio ocho horas a dormir. La tendencia es la misma en las personas de 60 años o más, en las áreas urbanas y en las rurales, con una relativa disminución en el tiempo dedicado al trabajo en el

caso de los hombres, y un aumento en el caso de las mujeres. Una gran diferencia es el tiempo que las mujeres del campo le dedican a las labores del hogar (21% o cinco horas), en contraste, por ejemplo, con la poca dedicación a los trabajos remunerados (4.6 % o una hora) (figuras 24 y 25).

**Figura 23**

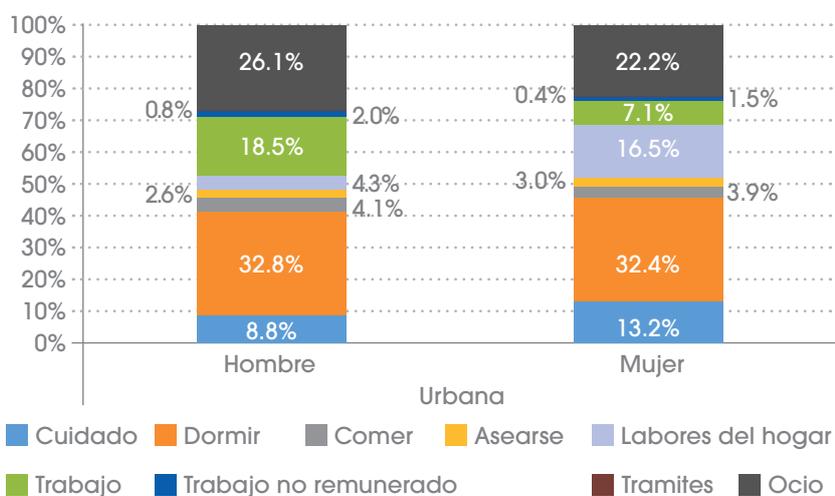
Uso del tiempo de las personas de 60 años o más, por sexo. Total nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

**Figura 24**

Uso del tiempo de las personas de 60 años o más en las zonas urbanas, por sexo

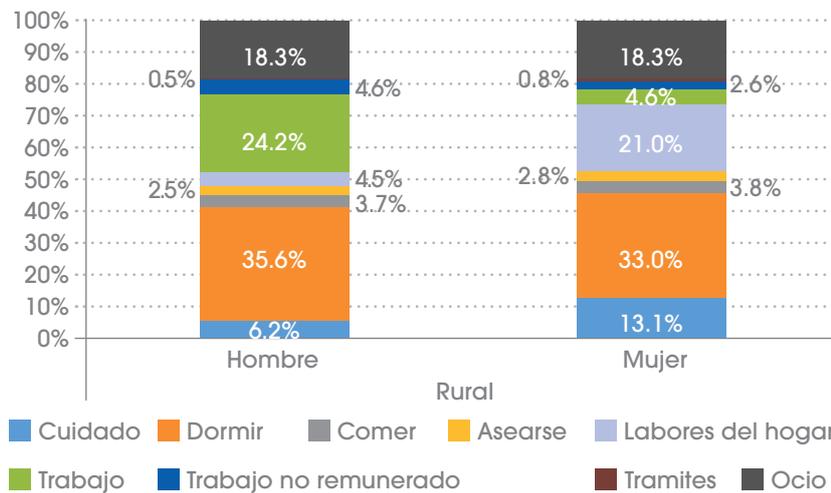


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.



**Figura 25**

Uso del tiempo de las personas de 60 años o más en las zonas rurales, por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.

El tiempo que los hombres dedican al cuidado se mantiene relativamente estable con la edad, pero en las mujeres disminuye a medida que su edad aumenta. Mientras que las mujeres de 40 a 49 años le dedican al cuidado un 17 % en promedio –cuatro horas– de su tiempo por día, las mujeres de 50 a 59 años le dedican un 14 % (3.4 horas), las de 60 a 69 un 13.3 % – 3.2 horas– y las de 70 o más un 10.9 % – 2.6 horas– (figuras 26 y 27). Esta diferencia se explica porque, en general, las mujeres entre los 40 y los 59 años pueden estar cuidando a la vez a sus padres y a sus nietos, mientras que en edades más avanzadas cuidarán a sus nietos y probablemente a sus parejas, pero no a sus padres. En los dos sexos aumenta con la edad el número de horas que se dedican al sueño, lo que puede atribuirse al desgaste fisiológico que viene con el incremento de la edad cronológica.

Vale la pena destacar que el tiempo de ocio aumenta con la edad en hombres y mujeres en las zonas urbanas, y que es mayor en los hombres: va de 4.7 horas entre los 40 y los 49 años, al 32.9 % del tiempo, casi ocho horas, después de los 70 años. En las mujeres el tiempo de ocio aumenta de 3.8 horas entre los 40 y los 49 años a 7.2 horas después de los 70. Aunque las zonas urbanas pueden ofrecer un mayor número de actividades de ocio productivo para

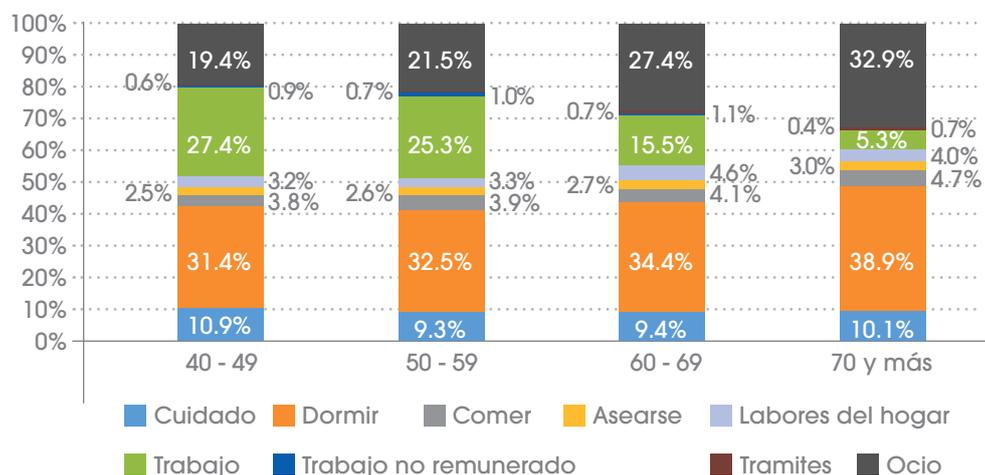


las personas mayores (tienen actividades lúdicas o físicas que pueden ayudar a su salud física y mental, como, por ejemplo, la gimnasia para la tercera edad), no se tiene información sobre las características de este ocio.

La tendencia en las zonas rurales es en general la misma, aunque allí las mujeres, en comparación con las de las zonas urbanas, le dedican un menor número de horas al cuidado y al ocio, y más horas al sueño y a las labores del hogar (figuras 28 y 29).

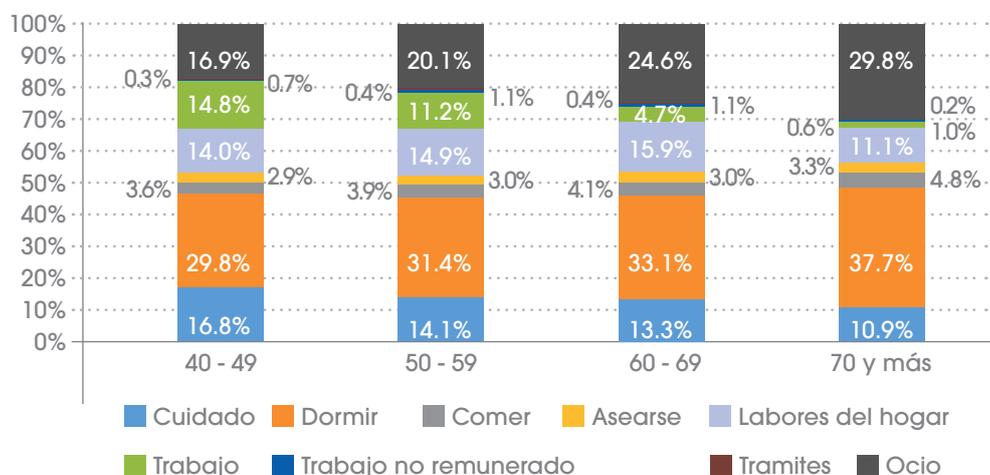
**Figura 26**

Uso del tiempo de los hombres en las zonas urbanas por grupos etarios



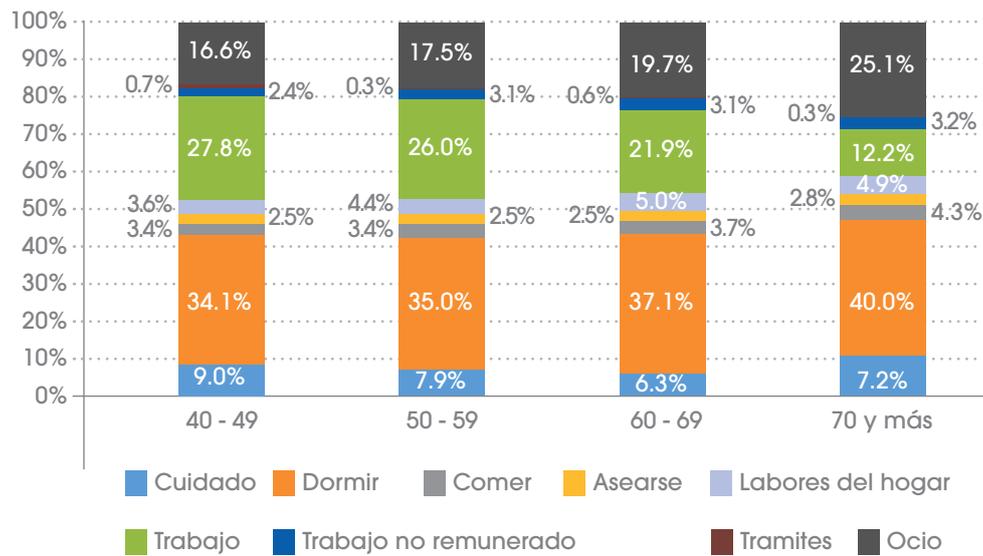
**Figura 27.**

Uso del tiempo de las mujeres en las zonas urbanas por grupos etarios.



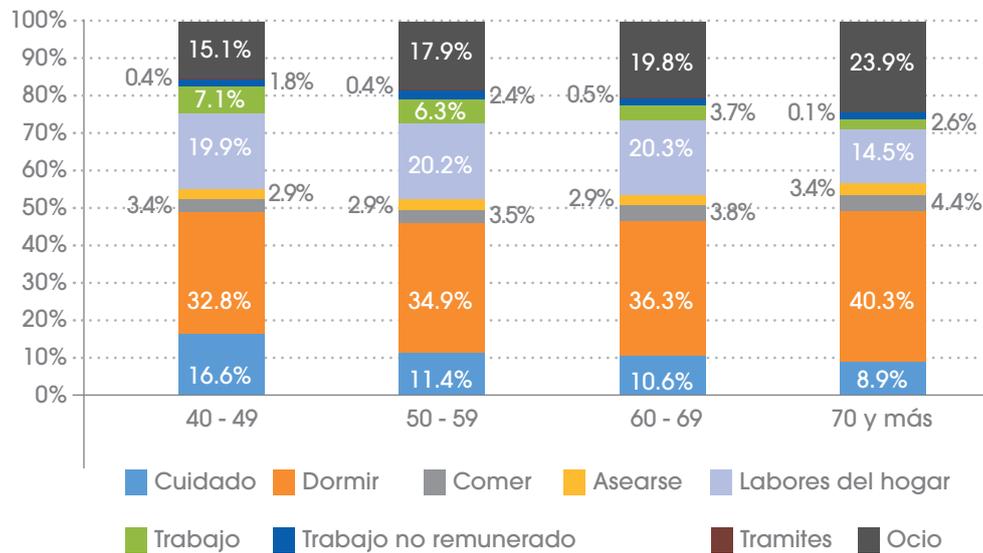
**Figura 28**

Uso del tiempo de los hombres en las zonas rurales por grupos etarios



**Figura 29**

Uso del tiempo de las mujeres en las zonas rurales por grupos etarios

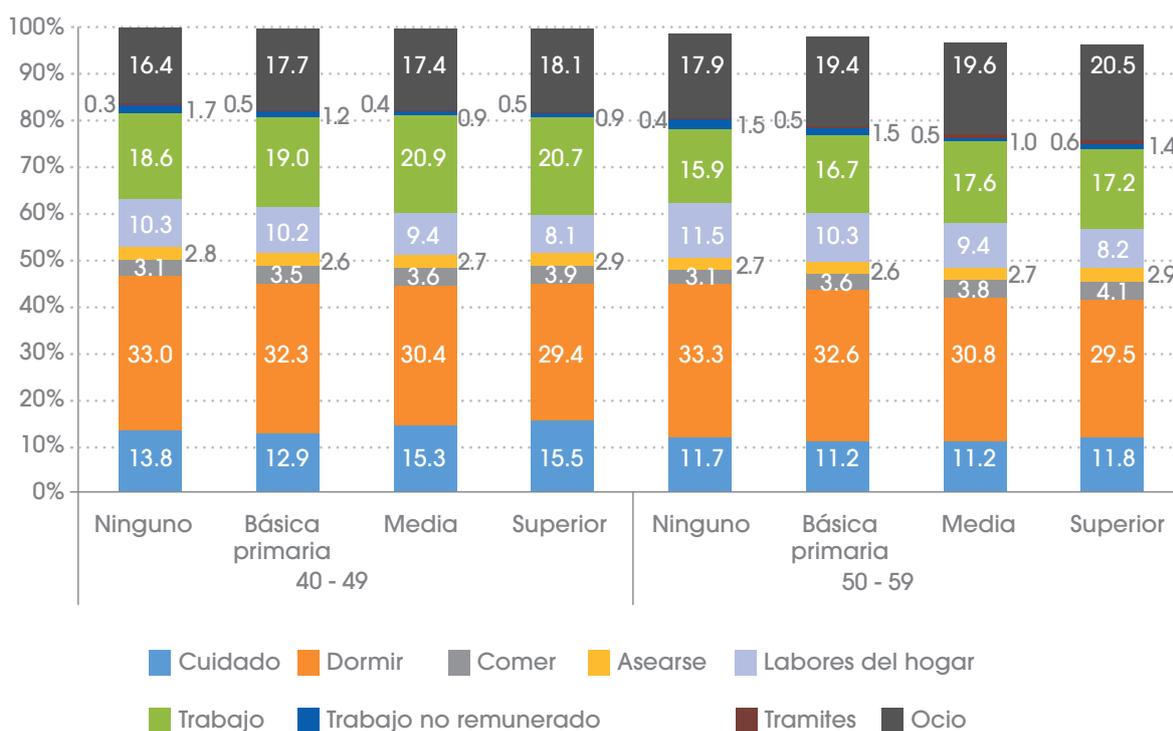


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.



Aunque en general la distribución del tiempo es similar en todos los niveles socioeconómicos, es evidente que el que le dedican al cuidado de otras personas, al ocio y al trabajo aumenta a la par con el nivel socioeconómico de la persona en todos los grupos etarios. En cambio, las horas dedicadas al sueño son menos para las personas con mayor nivel educativo. Esto se podría explicar porque estas personas tienen trabajos con horarios más flexibles y más ingresos para dedicar tiempo al ocio productivo (figuras 30 y 31).

**Figura 30**  
Uso del tiempo por nivel socioeconómico y grupos etarios de 40-49 años y 50-59 años

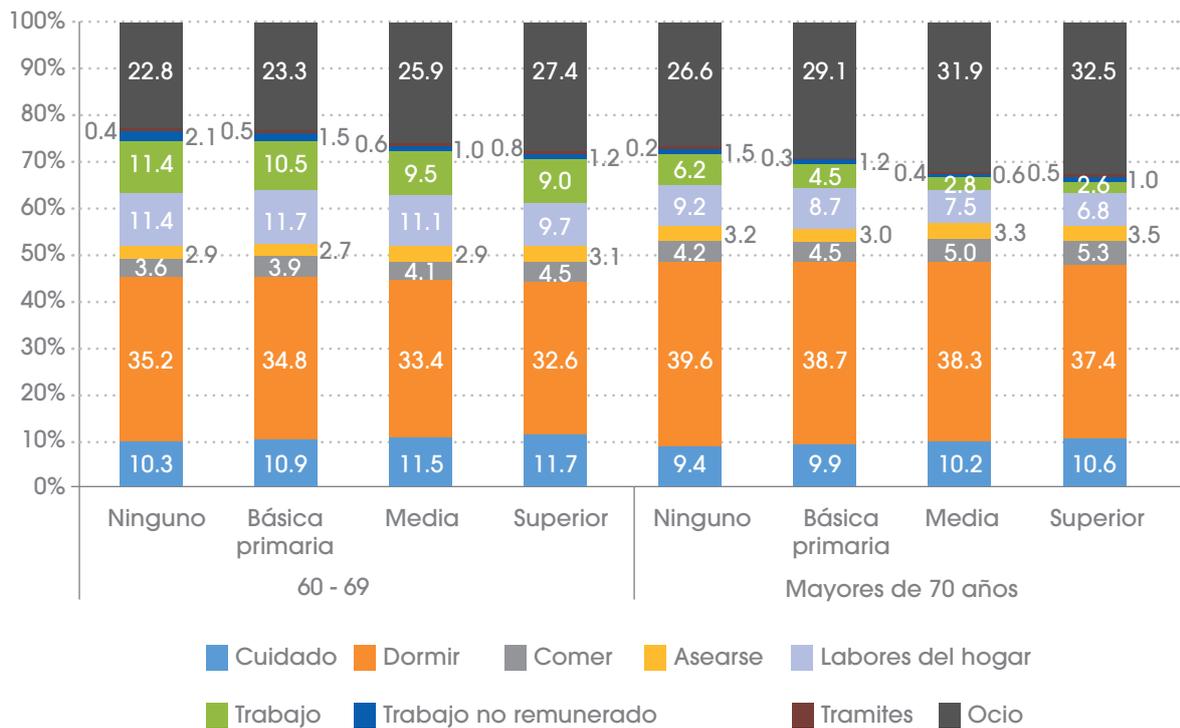


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.



**Figura 31**

Uso del tiempo por nivel socioeconómico y grupos etarios de 60-69 años y de 70 años o más



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.

## 6.5.2. Persona mayor cuidadora

### 6.5.2.1. A quién cuida la persona mayor -resultados cuantitativos

El cuidado que se les brinda a las personas mayores del hogar no es una actividad unidireccional, pues estas también hacen contribuciones al hogar, entre las que se encuentra el cuidado de otras personas, ya sean nietos, cónyuges, familiares en situación de discapacidad o de edad más avanzada.

El rol de las personas mayores como cuidadores está cada vez más presente en todas las sociedades, en especial en las afectadas por el VIH y el Sida, pero también en países de altos ingresos, donde los abuelos de 80 años o más se hacen cargo de sus nietos. Según Fajardo y Núñez (2011), desempeñarse como cuidador



ayuda a las personas mayores a mantener un rol social y a sentirse útiles. Sin embargo, la experiencia varía dependiendo de varios factores: el vínculo afectivo con la persona cuidada, la extensión del período de cuidado y el apoyo familiar y social para el desempeño de este rol. La responsabilidad del cuidado recae principalmente en las mujeres, lo que en ocasiones va en detrimento de ellas.

Las personas de 60 años o más cuidan principalmente a otras personas mayores y a otros adultos, pero a medida que envejecen van dejando de hacerlo. En el caso de las personas entre 60 y 69 años, se mantiene el orden de las personas a las que cuidan, pero el porcentaje de no cuidado es el más importante: 74 % (Figura 32). En el grupo de personas de 70 años o más, el porcentaje de personas que no cuidan a otros aumenta al 81 %, pero se mantiene el porcentaje de cuidado a otras personas mayores (16 %) (Figura 33). Esto podría explicarse por el hecho de que las personas de 70 años o más no solo pudieron haber perdido a sus parejas, sino que han sufrido un deterioro fisiológico que les impide realizar tareas de cuidadores.

En relación con el tipo de cuidado que brindan las personas de 60 años o más, la labor principal son las actividades de cuidado básico<sup>9</sup>, seguidas de cuidados médicos y de entretenimiento. Los cuidados básicos los brindan principalmente a personas mayores (38 %), adultos (30 %) y niños (2 %). Los cuidados de entretenimiento tienen porcentajes bajos, pero se destinan principalmente a adultos (8 %) y niños (3 %). Los cuidados médicos, así como los básicos, se dirigen principalmente a personas mayores (36 %), adultos (15 %) y niños (2 %) (Figura 34).

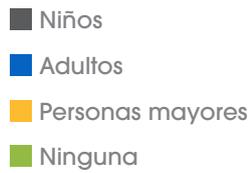
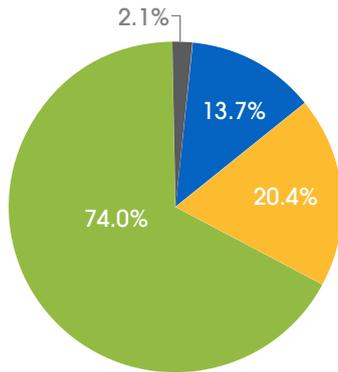
---

<sup>9</sup> Las actividades de cuidado básico comprenden la alimentación y el baño. Las de entretenimiento incluyen los juegos, leer cuentos, llevar al parque, ayudar con las tareas y llevar al sitio de estudio. Los cuidados médicos incluyen dar medicamentos y llevar a citas médicas.



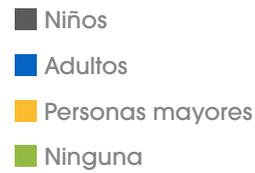
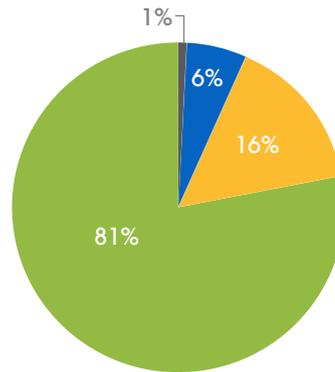
**Figura 32**

Distribución de personas entre 60 y 69 años según a quién cuidan



**Figura 33**

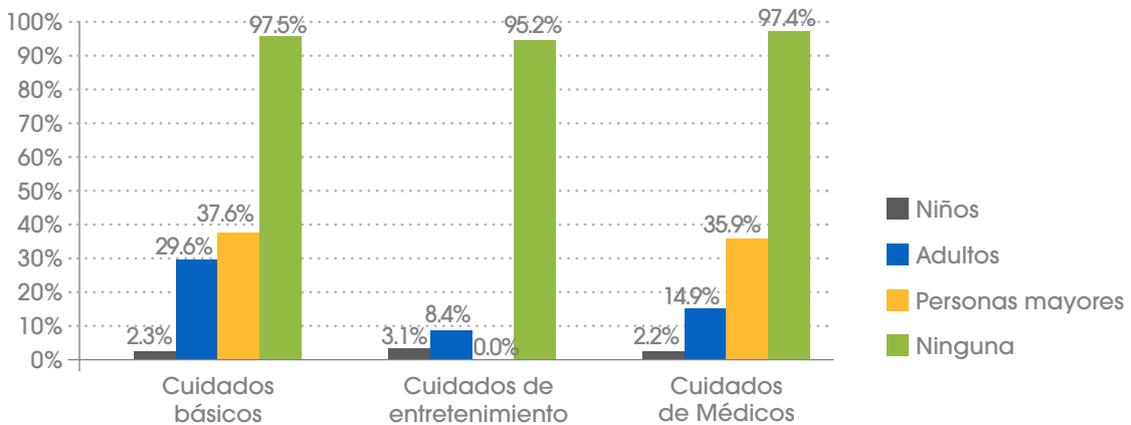
Distribución de personas de 70 años o más según a quién cuidan



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2012.

**Figura 34**

Proporción de personas de 60 años o más, según a quién cuidan y por tipo de cuidado



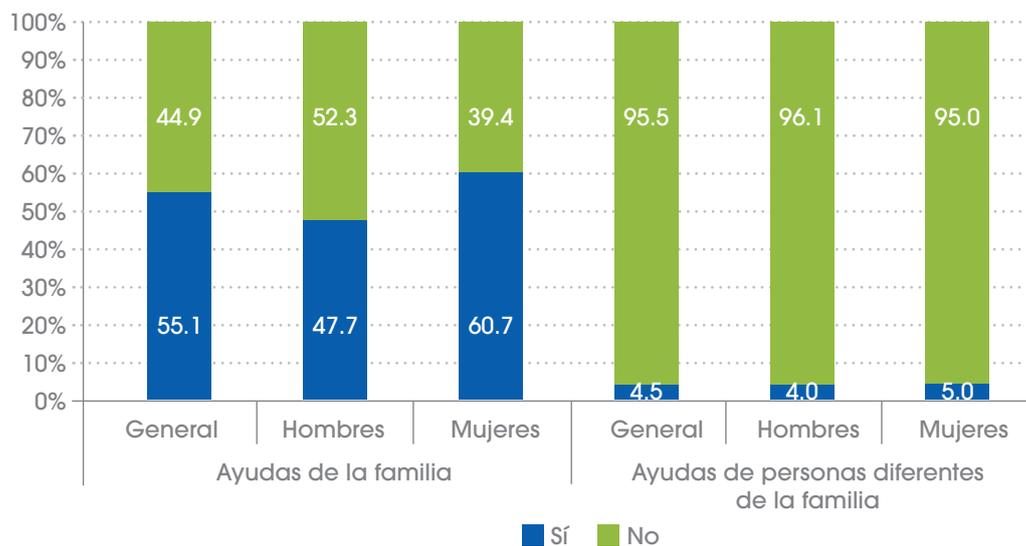
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2012-2013.



### El cuidado de las personas mayores en Bogotá

La encuesta SABE, aplicada en la ciudad de Bogotá, ha estudiado con rigor el tipo de cuidado que se brinda a las personas mayores. Los diferentes tipos de ayuda que reciben las personas mayores en Bogotá –de orden material, cognoscitivo y emocional, entre otros– provienen principalmente de la familia y los reciben en mayor grado las mujeres. En general, el 55.1 % de las personas mayores recibe ayuda de la familia. El porcentaje es mayor para las mujeres (60.7 %) que para los hombres (47.7 %). El 4 % de las personas mayores recibe ayuda de personas diferentes a la familia. En este caso, también, el porcentaje es superior en las mujeres (5.0 %) que en los hombres (4.0 %) (Figura 35).

**Figura 35**  
Porcentaje de personas de 60 años o más, por sexo, que recibe ayuda (según el tipo de ayuda)

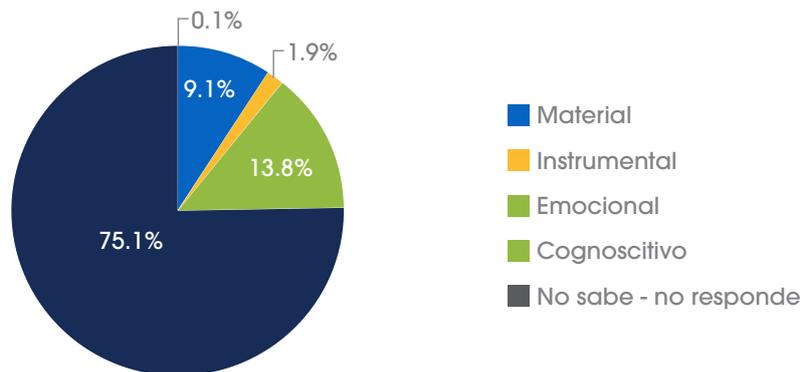


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE, Bogotá, 2012).

Entre los diferentes tipos de ayuda que pueden recibir las personas mayores se encuentran: i) la ayuda cognoscitiva, que se refiere al intercambio de experiencias, información y consejos; ii) la ayuda material, que es dinero, alojamiento, comida, ropa y pago de servicios; iii) la ayuda instrumental, que es cuidado, transporte y labores del hogar; y iv) la ayuda emocional, que se refiere al afecto, la compañía, la empatía, el reconocimiento y la escucha. Vale la pena resaltar que el tipo de ayuda que reciben las personas mayores de sus familiares es principalmente de orden cognoscitivo (75 %). En segundo lugar está la ayuda emocional (14 %), seguida de la ayuda material (9 %) y por último la ayuda instrumental, con un 2 % (Figura 36). Las diferencias en los resultados sobre los tipos de cuidado responden a que la encuesta SABE cuenta con una muestra de personas mayores que residen en Bogotá y con una lista de cuidados más completa que la de ENUT y ENDS.

**Figura 36**

Distribución del tipo de ayuda que reciben las personas mayores de su familia<sup>10</sup>



Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE, Bogotá, 2012).

<sup>10</sup> El tipo de ayuda que brindan personas diferentes a la familia de la persona mayor no se pudo calcular debido a las pocas observaciones en la encuesta.

### 6.5.2.2. Resultados cualitativos

La revisión de la literatura permitió la formulación de hipótesis que pudieran conducir la investigación tanto en la parte cualitativa como cuantitativa. Entre ellas se estableció el supuesto de que las relaciones de cuidado intergeneracional con mayor prevalencia se configuraban entre las personas mayores y sus nietos, tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Sin embargo, aunque los participantes mayores de ambas zonas referenciaron a la familia como la principal receptora de su cuidado, los datos recogidos muestran una prevalencia clara de relaciones de cuidado intergeneracional entre las personas mayores y sus padres en las zonas rurales, y entre las personas mayores y sus nietos en las zonas urbanas.

#### 6.5.2.2.1. Grupos urbanos

Las personas mayores de 60 años en las zonas urbanas aluden, en primer lugar, al cuidado de los nietos, luego al de los padres y en tercer lugar a la de la pareja. Las mujeres mayores en las zonas urbanas, en particular, identifican en primer lugar el cuidado a los nietos, en segundo lugar a los padres y finalmente a los hijos; los hombres, por su parte, se refieren en mayor grado al cuidado de los nietos y la pareja, y en segundo lugar al cuidado de los hijos y los padres.



---

*Yo lavo, cocino, plancho, llevo los niños [los nietos] al colegio, los traigo y les tengo la comida.*

(Mujeres, víctimas, Bogotá)

---

*Yo tengo una sola hija con dos nietos. No me deja para nada, hasta ahora soy feliz con ella. Yo cuido a mis nietos y estoy dedicada a ellos.*

(Mujeres, víctimas, Bogotá)

---

*Cuando están estudiando, me toca sacarlos a la ruta y recogerlos. Cuando no hay ruta, me toca ir a buscarlos hasta el colegio. Pero me enfermé, y ahora solo los saco a la ruta y al otro lo recojo en el colegio. Cuando mi hija tiene que hacer otras cosas, me pide que vaya a buscar a la niña al colegio. Me la paso recogiendo niños.*

(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

---

En cuanto a diferencias según el ingreso, las personas mayores de bajos ingresos se refieren más al cuidado de los nietos, luego los padres y por último la pareja. En los ingresos medios aluden más al cuidado de la pareja, y en segundo lugar, y en el mismo plano de importancia, al cuidado de los nietos y padres. Para el grupo de altos ingresos, la mayoría de las referencias son al cuidado de los padres y en segundo lugar a los nietos.

#### **6.5.2.2. Grupos rurales**

Las personas mayores en las zonas rurales resaltaron el cuidado de los padres, seguido del de la pareja y, finalmente, el de los hijos y nietos. Esto puede obedecer a que los hijos en las zonas rurales tienden a migrar hacia las ciudades en busca de mejores oportunidades de trabajo y educación, por lo que es menos frecuente que vivan con los padres.



*Yo a mi papá lo cuidé cuatro años. Era ciego. Le dio trombosis y había que ayudarlo a moverse, bañarlo, tratarlo bien.*

(Estudio de caso, El Salado)

---

*Mi mamá tiene 84 años. Se ve joven, pero tiene una enfermedad que ya no para. Yo tengo que llevarla, traerla... de todo.*

(Mujeres, ingresos medios, Ayapel)

*La gallina crío los pollos, y los pollos se fueron. Cada uno con sus esposas. Yo solo tuve una mujer que consiguió marido ligero y se fue. Los hijos son prestados: unos estudian y se van, otros consiguen sus esposas, cada uno consigue su hogar y se va. Han conseguido trabajo en otras partes.*

(Mujeres, bajos ingresos, Gutiérrez)

---

### 6.5.2.3. Mujer mayor cuidadora: dedicación a las labores de cuidado

#### 6.5.2.3.1. Grupos urbanos

Las mujeres mayores de las zonas urbanas mencionan en primer lugar el cuidado de sus nietos; luego el de sus padres y el de la pareja. En pocos casos se hizo mención al cuidado de los hijos, particularmente con algún tipo de discapacidad o limitación.

#### NIETOS



*Trabajé en una empresa. Ahora soy pensionada y cuido a mis nietos.*

(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

---

*Yo vivo con mis dos nietos, que son huérfanos. Los cuido, les doy el estudio y también trabajo para que no nos falte la comida.*

(Mujeres, víctimas, Pasto)

#### PADRES



*El grupo familiar, en mi casa, somos tres: mi hermana, mi papá que tiene 80 años y yo, que me dedico a cuidarlo a él porque mi hermana trabaja.*

(Mujeres, víctimas, Montería)

## PAREJA

---



*A mí me toca cuidar a mi compañero.*

(Mujeres, pensionadas, Montería)

---

## HIJOS

---



*Yo ahorita vivo con un hijo discapacitado.*

(Mujeres, pensionadas, Montería)

---

*Mi hijo tuvo un accidente en Ricaurte y quedó paraplégico.  
Estoy dedicada a él.*

(Mujeres, víctima, Pasto)

---

### 6.5.2.3.2. Grupos rurales

Las mujeres mayores en las zonas rurales se refirieron como principales receptores de cuidado a los padres, seguidos de la pareja y por último de los hijos.

## PAREJA

---



*Ahora trabajo, porque mi esposo es discapacitado. Para sostenernos tengo que trabajar.*

(Mujeres, ingresos medios, Puerres)

---

## HIJOS

---



### *Yo cuido a mi hija [...]*

(Mujeres, ingreso medio, Ayapel)

Los resultados del análisis cualitativo coinciden con los datos obtenidos en el análisis cuantitativo y con la literatura en el sentido de que el rol de la mujer de proveedora de cuidado intrafamiliar, incluso en edades avanzadas, opaca a los hombres. Esto significa que las mujeres, aún en su vejez, no solo no renuncian a las responsabilidades de cuidado, sino que, de hecho, son las principales proveedoras de cuidado multigeneracional en los hogares y, en algunos casos, fuera de él.

### ***6.5.3. Necesidades que atiende la persona mayor cuidadora: necesidades básicas, instrumentales y socioemocionales***

Los participantes de los grupos focales en las zonas urbanas de menores ingresos mencionan como acciones de cuidado las labores instrumentales del ámbito doméstico, incluidas la limpieza y la preparación de alimentos, entre otros.



*Toca ayudarle a ella en lo que uno pueda ayudarle: a barrer, cocinar, limpiar baños. Sobre todo ayudar a hacer el aseo y lo que se ofrezca en la casa. A veces si hay necesidad de hacer un trabajito que uno pueda hacer en la casa, toca ayudar a hacerlo. Con cualquier cosita toca ayudar. Y ellas son agradecidas con uno.*

(Hombres, pensionados, Pasto)

En los casos de cuidado intergeneracional entre personas mayores y sus nietos, se hace referencia al suministro y preparación de alimentos y al acompañamiento al colegio o jardín. En el caso de los padres, se mencionan acciones de cuidado básicas como el baño y el suministro de alimentos, fundamentalmente.



*Mi hija ahora no tiene a su compañero y le ha tocado trabajar para sostener el colegio de su niña. Yo estoy en la casa y la llevo al colegio.*

(Mujeres, pensionadas, Montería)

---

*Mi hija trabaja y los hijos se van a estudiar a las 12, entonces yo tengo que tenerles el almuerzo. Ahora mi nieta se va a estudiar y yo cuido al bisnieto.*

(Mujeres, pensionadas, Pasto)

---

#### **6.5.4. Efectos del cuidado en las personas mayores cuidadoras**

La pérdida de autonomía y la consecuente dependencia por la aparición de enfermedades crónicas o discapacidades implican jornadas de atención extensas e intensas que pueden afectar la calidad de vida de los cuidadores. En algunos casos se evidenció que el cuidado de personas mayores altamente dependientes implicaba una carga para el cuidador que, en la mayoría de los casos, era también una persona mayor. En el estudio de caso de Palenque, una participante manifiesta:



*Yo he hecho de todo, he trabajado en el monte, he sacado yuca, he sembrado y cortado arrobos, he apilado, he hecho de todo un poquito en esta vida. Ahora no estoy haciendo nada, porque mi marido está inconsciente y hay que hacerle de todo. Estoy parada, porque con él así no puedo hacer nada.*

(Estudio de caso, Palenque)

---

En el grupo focal de altos ingresos en Montería, una participante se refiere al cuidado de su madre y a la carga que este supone para su esposo, quien también está llamado a cuidarla:



*Tiene un problema, ella tiene principios de Alzheimer. Eso se lo cuida mi esposo. De pronto, se cansa, conociéndola a ella...*

(Mixto, altos ingresos, Montería)

Esta información coincide con la literatura, pues queda claro que algunas enfermedades crónicas exigen extrema paciencia de los cuidadores. Con el tiempo se podrían convertir en una carga, sobre todo tratándose de personas mayores cuidadoras.

La pérdida de facultades físicas no solo supone una limitación en la satisfacción autónoma de las necesidades básicas, sino también de las necesidades instrumentales que las soportan. Los grupos focales evidencian que las limitaciones físicas, que generan dependencia, impiden la ejecución de labores instrumentales dentro y fuera del hogar y terminan por afectar la salud física de la persona. En la mayoría de los casos, la familia, en quien la persona mayor deposita la expectativa de proveer cuidado, no está en capacidad de responder oportunamente a las necesidades requeridas. Una participante del grupo focal de mujeres pensionadas en Bogotá explica esta situación:



*Hace como mes y medio me operaron de la cadera y eso sí me afectó: ya uno no se puede movilizar por sí mismo, y es como una carga para los hijos, pues ellos trabajan y no lo pueden llevar a uno al médico, que los remedios, que no sé qué...*

(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

El cuidado implica una serie de aptitudes psicológicas que exceden las habilidades y los conocimientos técnicos que el cuidador potencial puede tener. En términos generales, se percibe una dificultad para manejar los deseos y las necesidades de las personas mayores. Los individuos de 40 a 60 años mencionaron que la vejez trae consigo una pérdida de facultades mentales que lleva a tomar decisiones, posturas o actitudes equivocadas que terminan convirtiendo al cuidado en una carga. Así las cosas, prevén que su futuro cuidado implicará paciencia por parte de sus hijos, quienes deberán sortear este tipo de circunstancias. Uno de los participantes del grupo focal 40 a 60 años en el municipio de Gutiérrez, Cundinamarca, se refiere así al tema:



*Pues yo le pido mucho a mi Dios que yo sea consciente, el día de mañana, de no hacer sufrir a los hijos. Porque esa terquedad de uno hace sufrir a los hijos.*

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

---

#### ***6.5.4.1. Efectos del cuidado intergeneracional***

El análisis también registró situaciones en las que los participantes de los grupos focales se referían al bienestar que les generaban las labores de cuidado. El cuidado a las personas mayores de la familia se percibe como una actividad positiva que produce satisfacción a quien lo brinda, es decir, a los hijos. La relación de cuidado tiene también una dinámica de ayuda socioemocional que mejora el estado anímico del cuidador y de la persona cuidada.



*Yo ahorita mismo estoy cuidando a mi mamá, porque últimamente se la pasaba enferma. Es una experiencia buena. Uno casi que piensa por ella, porque cuando ella quería pedir las cosas, no sabía qué iba a pedir. Es una experiencia maravillosa. Hoy la está cuidando mi otra hermana, porque no todos tienen la dicha de tenerla. Por lo menos nosotras dos, siempre queremos estar con ella. Tiene 85 años.*

(Mixto, altos ingresos, Montería)

Uno de los aspectos del análisis cualitativo que habría que resaltar es la evidencia de los buenos efectos del cuidado en situaciones en las que el cuidador y la persona cuidada son de generaciones distintas. Estos casos se enmarcan en el concepto de cuidado intergeneracional, y en la mayoría de los casos se trata de un efecto de realce de carácter psicoafectivo y socioemocional entre las partes, que emerge a partir de la asistencia de necesidades básicas e instrumentales. Las relaciones de cuidado intergeneracional que más se evidenciaron en los estudios fueron de hijo adulto mayor a sus padres, seguido de las relaciones de cuidado entre las personas mayores y sus nietos.



*Yo cuido al hijo mío, porque todavía vivo con él. Ya cumplió 29 años, está terminando su carrera profesional, dos técnicas; en tres años es profesional. Siempre hemos sido uno para toda la familia: él trabaja, nos ayudamos mutuamente y ayudamos a los demás familiares y a cualquier persona que lo necesite. Yo lo cuido a él y él me cuida a mí.*

(Mujeres, pensionadas, Montería)

---

*Yo siempre he vivido con mis hijos, y a veces me toca ayudarlos y ellos también me ayudan a mí.*

(Mujeres, víctimas, Pasto)

---

*Los nietos lo quieren a uno más que al propio papá. ¿Por qué? Porque uno consiente al nieto. Posiblemente cuando uno era joven no quiso de la misma forma a los hijos como quiere hoy a los nietos. Para nosotros los viejos es un afecto muy especial el de los nietos. Ellos lo hacen sentirse a uno joven.*

(Hombres, bajos ingresos, Bogotá)

---

Los resultados demuestran que el cuidado intergeneracional tiene la virtud de transmitir, más allá de las acciones ligadas a las labores de cuidado, valores y saberes que refuerzan los vínculos afectivos y de apego entre la persona cuidada

y quien cuida. Al tratarse de experiencias vividas en momentos y contextos diferentes, el cuidado intergeneracional es una forma de transmitir conocimientos y evocar sentimientos de cooperación y colaboración.

El efecto realce del cuidado no es un fenómeno exclusivo del cuidado intrafamiliar. Existen personas que, por razones personales, encuentran satisfacción en las labores de cuidado a personas ajenas, indistintamente de la necesidad – básica o instrumental– que estén atendiendo. Una participante en el grupo focal de mujeres pensionadas en Bogotá se refiere a esto:



*Trabajé en una empresa de valores, y yo diría que el trabajo sí me preparó, porque tuve experiencias muy gratas. En el Departamento de Contabilidad íbamos a visitar un ancianato. Les hacíamos el desayuno entre todos a los viejitos y compartíamos con ellos.*

(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

El efecto realce en el cuidado intrafamiliar es producto de la satisfacción personal que le produce al cuidador el poder retribuirle al familiar dependiente los favores, la ayuda y el afecto que recibieron de ellos en el pasado. En el efecto realce sobresalen los casos en los que el hijo cuida a sus padres, o a uno de ellos. Una participante del grupo focal de mujeres pensionadas en Bogotá ilustra el amplio rango de necesidades dentro del cual las personas pueden contribuir con el cuidado de otra persona, y los sentimientos que esto provoca.



*Yo cuidé a mi suegra durante diez años. Había tanta empatía y tanto amor, que yo la molestaba y le decía: “Nadie la mandó a que se convirtiera en una niña. Yo nunca tuve una muñeca, así que le tocó aguantarse, ahora usted es mi muñeca”. Yo a ella la bañaba, le ponía, le quitaba, porque ella toda la vida fue muy pinchada. Entonces le ponía sus collares y sus aretes; yo la arreglaba para que estuviera como siempre le había gustado. Y así estuvo hasta sus 92 años, cuando murió. Fue una experiencia muy bonita. Y después seguí con ese rol de cuidar a los abuelos. Es como la misión y el carisma que Dios me regaló.*

(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

El análisis de la estructura de oferta de cuidado de las personas mayores arroja las siguientes conclusiones cualitativas y cuantitativas:

- Las mujeres de 60 años o más invierten más tiempo al cuidado (13.2 %) que los hombres (8 %), y las actividades a las que dedican más tiempo es a dormir y al ocio. Los hombres dedican más tiempo al trabajo, y las mujeres a las tareas del hogar. El porcentaje del cuidado en las zonas urbanas es mayor que en las rurales, en todos los grupos etarios, y al analizar por nivel socioeconómico se evidenció la tendencia al aumento del cuidado entre más alto es el nivel socioeconómico.
- En los resultados cualitativos, la mujer es quien brinda mayor cuidado: primero a sus nietos, y luego a sus padres y a la pareja. Esto contrasta con los resultados cuantitativos, según los cuales los cuidados que brindan las personas mayores se dirigen principalmente a otras personas mayores y a adultos, pero estas actividades disminuyen a medida que envejecen. Lo anterior se constata en el hecho de que el 74 % de las personas entre 60 y 69 años no cuida; ese porcentaje en las personas mayores de 70 años es del 81 %. El principal tipo de cuidado que se brinda a las personas mayores y a los adultos es el básico (37.6 % y 29.6 %, respectivamente) y a los niños es el entretenimiento (3.1 %).
- Los resultados cualitativos evidenciaron que las relaciones de cuidado en la familia son intergeneracionales. En las zonas rurales se da entre las personas mayores y sus padres, y en las zonas urbanas entre las personas mayores y sus nietos. Estas experiencias son percibidas como positivas y como una fuente de satisfacción.

## 6.6. Conclusiones e implicaciones de política

### 6.6.1. Conclusiones

- Las personas mayores son cuidadas principalmente por adultos y por personas mayores, y reciben de ellos cuidados médicos. Ocupan también un lugar muy importante como cuidadores de nietos, cónyuges y familiares en situación de discapacidad o de edad más avanzada. Las labores principales son las actividades de cuidado básico y de cuidados médicos. En relación con los niños, el cuidado principal es el entretenimiento –leerles cuentos y llevarlos al sitio de estudio–, seguido del cuidado básico y de los cuidados médicos.
- La dificultad para bañarse, vestirse y hacer las actividades del día a día aumenta significativamente a partir de los 70 años, y con mayor intensidad en las mujeres. Es así también en el caso de las limitaciones permanentes, que impiden moverse o caminar. Las mayores severidades en las personas mayores de 70 años se registran en las zonas rurales, y en los otros grupos etarios estudiados en las zonas urbanas.
- De las personas con limitaciones permanentes, un 70 % está siendo cuidado. Los principales cuidadores son miembros de la familia, y dedican al cuidado un promedio de más o menos 50 horas a la semana. En relación con las enfermedades crónicas, estas también aumentan a partir de los 70 años. En las mujeres de 60 años o más, las enfermedades más comunes son la hipertensión, la diabetes, la artritis o artrosis, el cáncer y los problemas cerebrovasculares; en los hombres, los problemas cardíacos y el asma. De estas personas, más del 50 % está siendo cuidada o requiere cuidado.
- Las personas mayores, en las cabeceras urbanas y en las áreas rurales, emplean la mayor parte de su tiempo de manera más o menos similar: dormir, actividades de ocio, trámites, asearse, comer y trabajo no remunerado. Las actividades en las que se evidencian diferencias por sexo en todos los grupos etarios son las labores del hogar, el trabajo y el cuidado. Las mujeres dedican más tiempo a las labores del hogar y

al cuidado de otras personas, mientras que los hombres dedican más horas al trabajo. Las personas de 70 años o más dedican más tiempo a dormir y al ocio, mientras que el tiempo invertido en el trabajo tiende a disminuir con la edad. Es interesante que a medida que aumenta la edad, las personas dedican menos tiempo al cuidado de otros. Esto se podría explicar, como se mencionó atrás, por el hecho de que, mientras las personas de 40 a 59 años pueden estar cuidando a sus nietos, parejas y padres, las de 60 años o más, y sobre todo las de 70 años o más, solo cuidan a sus parejas y tal vez a sus nietos. También hay que considerar el envejecimiento fisiológico y biológico, que resta energías para el cuidado de otros. Se observaron diferencias en el tiempo dedicado al ocio y al trabajo según el nivel socioeconómico, pues los hogares con nivel socioeconómico alto, de todos los grupos etarios, trabajan más horas, duermen menos, disfrutan más ocio y dedican más tiempo al cuidado de otros.

- Las proyecciones demográficas del país permiten prever el crecimiento de la proporción de personas mayores, cuya expectativa de vida se seguirá incrementando con el paso del tiempo. Una mayor longevidad de la población trae consigo una mayor presencia de enfermedades crónicas no transmisibles que, por su naturaleza, derivan en limitaciones funcionales que generan algún tipo de dependencia. Todo esto, sin duda, producirá el aumento de la demanda de cuidado de la población mayor en la próxima década.
- Los resultados cualitativos sugieren que la mayor fuente de cuidado reposa en la familia, y especialmente en la mujer. Esto ocurre, con mayor frecuencia, en los grupos urbanos de menores ingresos y en las zonas rurales. Los datos también permiten predecir que la continuidad del cuidado a cargo de miembros de la familia no está asegurada. Las respuestas de los grupos focales dejan entrever la creciente dificultad que enfrentan los cuidadores familiares para conciliar esta actividad con las exigencias del horario laboral.
- Además de la inflexibilidad de los horarios laborales, en el cuidado familiar también inciden los cambios de largo plazo en la composición



y estructura de la familia, las dinámicas migratorias entre los sectores rurales y urbanos, sean estas espontáneas o forzadas, y la creciente tasa de participación de la mujer –las cuidadoras más asiduas– en el mercado laboral. Se vislumbra, entonces, una creciente falta de disponibilidad del cuidado familiar, y del cuidado familiar femenino, en particular en los grupos de menores ingresos, urbanos y rurales, en los que las mujeres también cuidan niños y adolescentes, y habitan en zonas que carecen de suficientes centros de servicio especializado de cuidado.

- La feminización del cuidado implicará, por una parte, el riesgo de que la mujer entre en un círculo de pobreza cuando deba tratar de conciliar sus responsabilidades laborales y de cuidado. Además, y de acuerdo con la literatura, el estrés y la carga de esta situación se convierten en potenciadores de patologías que, al desbordar la esfera familiar, se vuelven temas prioritarios de salud pública. Por otro lado, esto podría verse como la oportunidad de formalizar el cuidado y con ello la inserción de la mujer en el mercado laboral. Sin embargo, de no regularse adecuadamente, la concentración de la mujer en estas labores podría conllevar a la baja remuneración de estas labores.
- Los resultados también ilustran las patologías que padecen los cuidadores en general. Cabe esperar que la preferencia por cuidadores mujeres en las familias de bajos ingresos y en el sector rural aumente la frecuencia de las patologías ocasionadas por el estrés, fruto de la necesidad de alternar el trabajo con el cuidado, en un contexto en el que la rutina laboral interfiere con los tiempos del cuidado y el Estado no ofrece opciones de cuidado. Es predecible, y cada vez mayor en Colombia, el riesgo de que los mayores pertenecientes a estos estratos o grupos de ingreso no reciban cuidado en lo absoluto, o que el que reciban sea incompleto o inadecuado.
- Los servicios especializados de cuidado todavía son incipientes en el país, tanto en el número de establecimientos, cobertura y calidad de los servicios. El cuidado a domicilio provisto por empresas solo existe en las zonas urbanas. Esta investigación no obtuvo información sobre su operación ni recogió opiniones sobre cómo deberían funcionar. De todas

maneras, la modalidad del cuidado a domicilio es la más costosa, lo que permite concluir que, por ahora, solo los grupos de altos ingresos podrán acceder a ella.

- Las referencias cualitativas, obtenidas principalmente de las entrevistas a profundidad, informan que existe una oferta institucional pública de cuidado administrada con recursos provenientes de la estampilla establecida por la Ley 1276 de 2009. No obstante esa oferta es insuficiente y está geográficamente restringida a las zonas urbanas, lo que acrecienta la vulnerabilidad de los mayores que habitan las zonas rurales. En los lugares favorecidos con este tipo de cuidado, hay descontento por la deficiente calidad en los centros públicos y con los precios de los llamados hogares privados.
- Los resultados también destacan la importancia de profesar ciertos valores en las configuraciones de cuidado intrafamiliar. La retribución es un valor determinante de la disposición de un miembro de la familia para asumir las responsabilidades de cuidado. El cuidado alrededor de los acuerdos de retribución entre el solicitante y el potencial cuidador funciona en muchos casos a la manera de una institución informal que conviene que el Estado estimule.
- El cuidado intergeneracional comporta una dinámica de retroalimentación positiva entre el cuidador y la persona mayor, especialmente en los casos en los que las brechas generacionales son amplias, como, por ejemplo, entre las personas mayores y sus nietos. Los resultados cualitativos demuestran una prevalencia del efecto realce en el cuidado intergeneracional, lo que hace pensar en la posibilidad de que estas dinámicas de cuidado fortalezcan los vínculos afectivos que a su vez favorecen el desarrollo humano y la convivencia.
- Por último, es importante resaltar que, aunque la investigación permitió identificar diferencias en cobertura y calidad entre las zonas urbanas y rurales, la mayoría de los grupos focales y de las entrevistas a profundidad se llevaron a cabo en zonas urbanas: la representatividad de las zonas rurales, entonces, no es la más adecuada. Aun así, si nos atenemos a los problemas que se revelan en las zonas urbanas

de los departamentos visitados, sorprendería al investigador que con una muestra más representativa para las zonas rurales, los resultados mostraran una superioridad en cobertura y calidad del cuidado a los mayores de edad.

### 6.6.2. Recomendaciones

- La concentración del cuidado en la familia, sumada a las proyecciones que indican una mayor participación de la mujer en el mercado laboral, sin olvidar el proceso de envejecimiento de la población colombiana, subrayan la importancia de ampliar el portafolio de servicios de cuidado y de reorganizar las fuentes existentes en el país. Dicha reorganización social del cuidado implicará una corresponsabilidad de las familias, el Estado y las entidades privadas en brindar unos servicios de cuidado coordinados, eficientes y más equitativos. Para esto es indispensable la formulación y puesta en marcha de políticas públicas que guíen, regulen e incentiven la organización del cuidado en el país.
- Se requiere el liderazgo del Estado en la estructuración de un programa nacional de aseguramiento del cuidado, a unos precios que todos los adultos jóvenes, de todos los estratos sociales, puedan costear y cuyos servicios puedan ser exigibles, por ejemplo, a partir de la edad legal de jubilación. La experiencia de seguros de dependencia o de cuidados a largo plazo que han sido implementados en otros países puede adaptarse al contexto nacional.
- Por otro lado, en los espacios de formulación de políticas públicas referentes al cuidado, es necesario considerar las particularidades de las personas involucradas en contextos de conflicto y analizar cuidadosamente sus necesidades de cuidado, sean estas básicas, instrumentales o socioemocionales.
- La provisión y el desarrollo de los servicios de cuidado no pueden ser vistos como obligaciones exclusivas del Estado. Para lograr cobertura, calidad y oportunidad, el Estado debe ofrecer incentivos regulados al sector privado para que este provea el cuidado con los más altos estándares de calidad

posibles. La competencia entre los proveedores privados debe ser vigilada y regulada para garantizar cobertura y calidad, y también para incentivar la extensión del portafolio de servicios especiales que muchas familias estarían dispuestas a pagar. Las experiencias de España, Israel y Japón son casos que vale la pena considerar.

- La evidencia de este estudio revela que el cuidado intrafamiliar se convierte en una carga cuando implica un esfuerzo adicional de los cuidadores por conciliar las labores de cuidado con las actividades productivas remuneradas. Las pocas probabilidades que tienen los cuidadores de organizar sus recursos –incluido su tiempo– deriva en situaciones de desgaste psicológico que agravan las circunstancias. Así las cosas, se recomienda que el Estado provea servicios de respiro o de apoyo al cuidador, de tal manera que se alivie la carga y se logren modificar las percepciones negativas del cuidado. El que se presta a domicilio, las redes de apoyo a los cuidadores en la familia y los servicios terapéuticos al cuidador son ejemplos del tipo de soportes que el sector público podría propiciar.
- El eventual aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y de las limitaciones funcionales que traerá el proceso de envejecimiento, junto con una mayor longevidad y expectativa de vida de las personas mayores en el país, invitan a pensar en la formación y cualificación de los cuidadores, tanto formales como informales.
- Dichas proyecciones llevan a considerar una mayor especialización del cuidado, toda vez que las necesidades básicas e instrumentales que se requerirán serán cada vez más específicas. En el caso de los cuidadores formales, si bien se han iniciado en el país procesos de cualificación, es importante recoger estos esfuerzos dispersos y generar un lineamiento más integral, pero no solo en la formación, sino en la formalización, la remuneración y la reglamentación de este trabajo. En el caso de los cuidadores informales, quienes en su mayoría son familiares o allegados al solicitante, deberán recibir procesos de cualificación para sobrellevar las demandas de cuidado, además de espacios para la creación de redes de apoyo y propender por su participación en programas de cuidado a cuidadores.



- Esta investigación arrojó resultados importantes que contrastaban la estructura de demanda y oferta de cuidado en zonas urbanas y rurales del país. Sin embargo, es fundamental profundizar en el conocimiento no solo de las necesidades de las personas y de las familias frente al cuidado, sino entender los arreglos familiares y comunitarios que existen en las diferentes zonas rurales para identificar algunas prácticas de apoyo que puedan ser replicadas en otras zonas del país.
- La oferta de servicios debe construirse teniendo en cuenta que las necesidades obedecen al tipo de dependencia que genera cada enfermedad o condición. Esto determina no solo los requerimientos en la formación del cuidador, sino además las características de las instalaciones donde se proveerá el cuidado. Así las cosas, se recomienda seguir profundizando en la investigación de las necesidades presentes y futuras que requerirán las personas mayores en aras de reorganizar eficientemente las fuentes de cuidado.
- En el caso del cuidado intergeneracional, en el que participan personas mayores con vocación de cuidadores, es importante visibilizar su rol y brindarles el apoyo necesario para que continúen con esta labor. Se deben contemplar procesos de cualificación y también apoyos de respiro para evitar potenciales situaciones de sobrecarga. Más aún, se deberían crear espacios que permitan llevar estas dinámicas de cuidado a la esfera comunitaria para favorecer espacios de diálogo intergeneracional, de convivencia y de cooperación comunitaria y potenciar el aporte que hacen las personas mayores a través de su experiencia y sus saberes. Esto último lleva a pensar en que el cuidado intergeneracional genera capital social desde la familia hacia la comunidad.

## 6.7. Referencias bibliográficas

Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Arias, C. (2009). *Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina*. En S. Huenchuan, M. Roqué, y C. Arias, *Envejecimiento y sistemas de cuidado: ¿oportunidad o crisis?* (pp.29-68). Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Batthyány, K. (2010). *Envejecimiento, cuidados y género en América Latina*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/3/41413/batthyany.pdf>

Bazo, M. T. y Ancizu, I. (2004, enero). *El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas*. *Reis*, 105, 43-77.

Bertranou, F. (2005). *Restricciones, problemas y dilemas de la protección social en América Latina: enfrentando los desafíos del envejecimiento y la seguridad de ingresos*. *Bienestar y Política Social*, 1(1), 35-58.

Bookman, A. y Kimbrel, D. (2011). *Families and elder care in the twenty-first century*. *The Future of Children*, 21(2), 117-140.

Brank, E. y Wylie, L. (2014). *Differing perspectives on older adult caregiving*. En *Southern Gerontological Society*, doi: 10.1177/0733464813517506

Calderón, C. (2013). *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas*. Santiago de Chile: Cepal.

Celade. (2008). *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Cepal. (2008). *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y El Caribe*. Santiago de Chile: Cepal.



Chacaltana, J. y Sulmont, D. (2003). *Políticas activas en el mercado laboral peruano: el potencial de la capacitación y los servicios de empleo*. Recuperado de: [http://prejal.OIT.org.pe/prejal/docs/bib/200709270008\\_4\\_2\\_0.pdf](http://prejal.OIT.org.pe/prejal/docs/bib/200709270008_4_2_0.pdf)

Chioda, L. (2011). *Work and family: Latin American and Caribbean women in search for a new balance*. Washington, DC: World Bank.

Collins, N. y Feeney, B. (2003). *Motivations for caregiving in adult intimate relationships: Influences on caregiving behavior and relationship functioning*. PSPB, 29(8) , 950-968.

Colombia. *Constitución Política de 1991*. República de Colombia, 6 de julio de 1991.

Colombia. Ley 1251 de 2008 (27 de noviembre), por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

Colombia. Ley 1276 de 2009 (5 de enero), a través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.

Colombia. Ley 1315 de 2009 (13 de julio), por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centro de día e instituciones de atención.

Cotlear, D. (2011). *Population Aging: Is Latin America Ready?* En D. Cotlear, *Population Aging: Is Latin America Ready?*(pp.1-38). Washington, DC: The World Bank.

DANE. (2013). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013*. Recuperado de: <http://www.DANE.gov.co/index.php/es/estadisticas-sociales/calidad-de-vida-ecv/87-sociales/calidad-de-vida/5399-encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-2013>

DANE. (2014). *Pobreza de tiempo e ingreso 2012-2013*. Bogotá: DANE.

Devaki, J. (2013). *Incorporación de la perspectiva de género en el progreso económico*. En C. Calderón Magaña, *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas* (pp.19-66). Santiago de Chile: Cepal.

Endo, H. (2003). *Change of dementia care management after implementation of long-term care insurance*. *Rinsho Shinkeigaku*, 43(11), 78-90.

Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. El Salvador: Procesos Gráficos.

Eurofound. (2013, 1 de noviembre). *A new working life after retirement*. Recuperado de: <http://www.eurofound.europa.eu/spotlight-on/quality-of-life/a-new-working-life-after-retirement>

Fajardo, E. y Núñez, M. L. (2011). *¿Cuál es el significado de la experiencia del adulto mayor en el rol de cuidador?* *Revista Colombiana de Geriatria y Gerontología*, 25(3), 1536-1551.

Finley, N. (1989). *Theories of family labor as applied to gender differences in caregiving for elderly parents*. *Journal of Marriage and Family*, 51(1), 79-86.

Flores-Castillo, A. (2013). *Cuidado domiciliario y recuperación de la subjetividad: el caso de México*. En C. Calderón Magaña, *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas* (pp.423-454). Santiago de Chile: Cepal.

Flórez, C.E. (2004, junio) *La transformación de los hogares: Una visión de largo plazo*. *Revista Coyuntura Social*, 30, 23-50.

Ghosheh, N., Lee, S. y McCann, D. (2006). *Conditions of work and employment for older workers in industrialized countries: Understanding the issues*. Ginebra: International Labour Office.



Hopenhayn, M., Sojo, A. y Mancero, X. (2012). *Panorama social en América Latina*. Santiago de Chile: Cepal.

Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina*. En S. Huenchuan, M. Roqué y C. Arias, *Envejecimiento y sistemas de cuidado: ¿oportunidad o crisis?* (pp.11-27). Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Ito, H. y Miyamoto, Y. (2003). *Impact of long-term care insurance on institutional dementia care in Japan*. *Health Policy*, 64(3), 325-333.

Jaccoud, L. (2010). *Envejecimiento, dependencia y oferta de servicios asistenciales: un nuevo desafío para los sistemas de protección social*. En A. Prado, y S. Ana, *Envejecimiento en América Latina: sistemas de pensiones y protección social integral* (pp. 231-254). Santiago de Chile: Cepal.

Killian, T. y Ganong, L. (2002). *Ideology, context and obligations to assist older persons*. *Journal of Marriage and Family*, 64(4), 1080-1088.

Lahaie, C., Earle, A. y Heymann, J. (2012). *An uneven burden: Social disparities in adult caregiving, working conditions and caregiver outcomes*. *Research on Aging*, 37, 243-274.

Lee, R., Mason, A. y Cotlear, D. (2010). *Some economic consequences of global aging*. Washington, D.C.: World Bank.

Lee, Y. y Tang, F. (2013). *More caregiving, less working: Caregiving roles and gender differences*. *Journal of Applied Gerontology*, 34, 465-483.

Lustig, N., Pessino, C. y Scott, J. (2013). *The impact of taxes and social spending on inequality and poverty in Argentina, Bolivia, Brasil, Mexico, Peru and Uruguay: An overview*. Buenos Aires: Commitment to Equity.

Marco, F. (2013). *La utilización de las encuestas de uso del tiempo en las políticas públicas*. En C. Calderón, *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas* (pp.171-208). Santiago de Chile: Cepal.

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. (2013, abril). *Decreto 862 de 26-04-2013*. Recuperado de: <http://actualicese.com/normatividad/2013/04/26/decreto-862-de-26-04-2013/#10>

Ministerio de Desarrollo Social. (2014a). *Cuidadores domiciliarios*. Recuperado de: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/cuidadores/165>

Ministerio de Desarrollo Social. (2014b). *Senama: Programas*. Recuperado de: <http://www.Senama.cl/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Identificación de experiencias positivas de cuidados a las personas adultas mayores en Colombia 2013*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Trabajo. (n.d.). *Nuevo modelo de protección para la vejez*. Bogotá: Ministerio de Trabajo.

Navaie-Waliser, M., Spriggs, A. y Feldman, P. (2002). *Informal caregiving: Differential experiences by gender*. *Medical Care*, 40(12), 1249-1259.

OECDComisión Europea. (2013). *A good life in old age: Monitoring and improving quality in long-term care*. París: OECD Publishing.

OISS. (2014). *Adultos mayores y mundo rural*. Madrid: OISS.

OIT. (2009). *Trabajo y familia: ¡compartir es la mejor forma de cuidar!* Ginebra: OIT.

OIT. (2010). *Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe*. Ginebra: ILO.



OMS. (2002). *Active aging: a policy framework*. Ginebra: OMS.

Peña, X., Cárdenas, J. C., Ñopo, H., Castañeda, J. L., Muñoz, J. S. y Uribe, C. (2014). *Mujer y movilidad social*. En A. Montenegro y M. Meléndez, *Equidad y movilidad social: diagnósticos y propuestas para la transformación de la sociedad colombiana* (pp. 619-695). Bogotá: Ediciones Uniandes.

Piercy, K. (1998). *Theorizing about family caregiving: The role of responsibility*. *Journal of Marriage and Family*, 60(1), 109-118.

Presidencia de la Nación Argentina. (2014). *Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios*. Recuperado de: <http://www.presidencia.gob.ar/sitios-de-gobierno/planes-de-gobierno/2670>

Provoste, P. (2013). *Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas*. En C. Calderón Magaña, *Redistribuir el cuidado: los desafíos de las políticas* (pp.127-166). Santiago de Chile: Cepal.

Pugliese, L. (2011). *Programas y servicios para el cuidado de las personas adultas mayores dependientes: revisión de programas y servicios de algunos países de América, Asia y Europa*. Montevideo: Instituto de Seguridad Social de Uruguay.

Ravazi, S. y Staab, S. (2008). *The social and political economy of care: contesting gender and class inequalities*. Ginebra: United Nations. Division for the Advancement of Women.

Rodríguez, C. (2005). *Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones*. En Políticas de protección social, economía del cuidado y género (pp.1-37). Mar del Plata: Cepal.

Sauma, P. (2011). *Elementos para la consolidación de la red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica*. Santiago de Chile: Cepal.

Schultz, P. (2004). *School subsidies for the poor: evaluating the Mexican Progresa poverty program*. *Journal of Development Economics*, 74(1), 199-250.

Sojo, A. (2011). *De la evanescencia a la mira: el cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina*. Santiago de Chile: Cepal.

Tamiya, N., Yamaoka, K. y Yano, E. (2002). Use of home health services covered by new public long-term care insurance in Japan: impact of the presence and kinship of family caregivers. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(4), 295-303.

Ullmann, H., Maldonado, C. y Rico, M. (2014). *La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010: los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Wakabayashi, C. y Donato, K. (2006). *Does caregiving increase poverty among women in later life? Evidence from the Health & Retirement Survey*. *Journal of Health and Social Behavior*, American Sociological Association, 47(3), 258-274.

Walker, A., Pratt, C., y Eddy, L. (1995). *Informal caregiving to aging family members: A critical review*. *Family Relations*, 44(4), 402-411.

World Bank. (2007, marzo). *Conditional cash transfers: the next generation, a case study of Mexico's Oportunidades Program*. *Youth Development Notes*, 2(4), 1-4.

Zacharias, A., Antonopoulos, R. y Masterson, T. (2012). *Why time deficit matter: Implications for the measurement of poverty*. Nueva York, NY: undp.

Zuchandke, A., Reddemann, S., Krummacker, S. y Von der Schulenburg, M. (2010). Impact of the introduction of the Social Long-Term Care Insurance in Germany on financial security assessment in case of long-term care need. *The Geneva Papers*, 35, 626-643.

