



4

Capítulo:
El cuidado y
los cuidadores
de las personas
mayores

4

Capítulo:
El cuidado y
los cuidadores
de las personas
mayores

Autores >>>

- > Philipp Hessel
- > José Elías Durán
- > Mariana Vázquez Ponce
- > Camila Andrea Castellanos Roncancio
- > Lina María González Ballesteros

Contenido

4.1. Introducción	263
4.2. Marco teórico.....	265
4.2.1. Definición de cuidado	265
4.2.2. Definición de tipos, modelos y programas de cuidado	267
4.2.2.1. Cuidado en la vejez	267
4.2.2.2. Cuidado en el hogar y cuidado institucional.....	268
4.2.2.3. Situación de cuidado en el mundo	269
4.2.3. Modelos pequeños, enfocados en la comunidad.....	271
4.2.4. Modelos grandes, regulados a nivel estatal o regional.....	273
4.2.4.1. Modelo de Columbia Británica	273
4.2.4.2. Modelo de Arizona.....	273
4.2.4.3. Modelos en Latinoamérica.....	273
4.2.5. El cuidador de la persona mayor	274
4.2.6. Costos de cuidado.....	275
4.2.7. Cuidado y pandemia.....	276
4.3. Hallazgos	278
4.3.1. Evolución de la cohabitación de personas mayores...	278
4.3.2. Principales fuentes de cuidado de las personas mayores	285
4.3.3. Niveles de dependencia y el rol del cuidado	298
4.3.4. Perfil y características de los cuidadores	302
4.3.5. Las mujeres y el cuidado de las personas mayores ...	309
4.3.6. Necesidades que se espera satisfacer a través del cuidado provisto.....	312
4.3.7. Del cuidado por parte de la población mayor	314
4.3.8. Bienestar de las personas recibiendo cuidado	320

4.3.9.	Bienestar de las personas prestando cuidado.....	323
4.3.10.	Efectos derivados de la provisión de cuidado.....	327
4.4.	Conclusiones.....	329
4.4.1.	La gran mayoría (70%) de las personas mayores que necesitan cuidados reciben cuidado no remunerado por parte de otro miembro del hogar.....	330
4.4.2.	Existe una carga importante para el cuidador en Colombia.....	332
4.4.3.	Efectos de la pandemia del COVID-19 y cambios en la oferta y demanda de atención a las personas mayores en Colombia	333
4.5.	Recomendaciones.....	334
4.6.	Referencias.....	337
4.7.	Lista de figuras.....	342



4.1. Introducción



El cuidado es una relación social a la cual nos vemos expuestos todos los seres humanos en algún momento de nuestro ciclo vital: ya sea en la niñez, durante una enfermedad o cuando somos personas mayores y requerimos de apoyo para realizar alguna labor. El cuidado es transversal a la vida.

Para Joan Tronto, citada por La Furcia et al. (2014), el cuidado es: “Una actividad

característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos con vistas a mantener, continuar o reparar nuestro “mundo”, de tal manera que podamos vivir en él, lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades (selves) y nuestro entorno, que buscamos tejer juntos en una red compleja que sostiene la vida” (Arango & Molinier, 2011).

De este modo, el cuidado es una relación social que procura mantener, continuar o reparar el mundo en el que vivimos, nuestra realidad inmediata, por medio de las relaciones sociales que se entretajan

entre los actores que participan en ella. Por lo mismo, el cuidado ha sido estudiado desde múltiples orientaciones teóricas y metodológicas. Precisamente, por la amplitud conceptual del cuidado se ha llegado a conclusiones diversas, porque la acotación del concepto tiene efectos directos sobre el proceso de investigación, permitiendo enfatizar los elementos más relevantes para cada campo de estudio. En este sentido, para el caso de las personas mayores, es necesario hacer hincapié en cómo las condiciones de salud de una parte de la población mayor afectan la realización de las actividades básicas en su vida cotidiana, lo que genera a la vez, la necesidad de cuidado y apoyo para lograr su bienestar integral.

Precisamente Ravazi y Staab (2008) definen cuidado como el apoyo y asistencia proveída a una persona que lo requiere, para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), como vestirse, bañarse, comer, o para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que implican apoyo en labores domésticas o transporte. Esta diferenciación entre ABVD y AIVD representa una división en niveles de dependencia y, por ende, en cargas de cuidado. De este modo, para Ravazi y Staab (2008) el apoyo o cuidado se diferencia de la ayuda o la asistencia porque en las primeras hay dependencia funcional de por medio. Es decir, bañar a una perso-

na que no puede bañarse por sí misma sería una relación de ayuda o asistencia, más no de cuidado. Así, las autoras, acotan el concepto de cuidado de tal manera que es posible resaltar las cargas del sistema de salud, las familias y la comunidad frente a las crecientes Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) de la población.

Este es el efecto preciso que tiene la transición demográfica sobre las relaciones de cuidado. En primer lugar, el incremento de las ECNT en las personas mayores, aumenta la carga de cuidado que recae sobre la población en etapa productiva. Sin embargo, la responsabilidad del cuidado no se distribuye de manera homogénea y equitativa, por el contrario, el cuidado ha recaído históricamente en las familias y, en especial, en las mujeres. Por ello, transformaciones asociadas a la transición demográfica tales como la disminución de la tasa de natalidad y el encogimiento de los núcleos familiares (menos hijos para cuidar a sus padres), sumado a la inclusión de la mujer en el mercado laboral, han ocasionado un panorama donde se incrementa la demanda de cuidado mientras la oferta mengua. A dicho proceso se le denomina la Crisis del Cuidado (Aguirre & Ferrari, 2014) y afecta tanto a las personas que cuidan como a quienes son cuidadas. Este aumento en las cargas de cuidado junto con

la persistencia de la asimetría de género a la hora de cuidar genera un grave peligro de sobrecarga a las familias y a las mujeres que puede resultar en trampas de pobreza o en sobrecarga en tiempo y en trabajo por parte de los cuidadores (Arango & Molinier, 2011).

4.2.Marco teórico



4.2.1.Definición de cuidado

El concepto de cuidado ha sido estudiado con un enfoque altamente multidisciplinar. Así, tanto la sociología, la psicología, la historia, la antropología y la economía, además de las ciencias de la salud, han profundizado en su definición, alcance y dinámicas propias. Sin embargo, de manera general, se ha definido el cuidado como las actividades y prácticas sociales dirigidas a asegurar la supervivencia básica de las personas a lo largo de la vida (Agulló et al., 2010).

De este modo, el cuidado puede proporcionarse no solamente a familiares, sino a todas aquellas personas que por sus condiciones requieren asistencia para actuar por sí mismos de manera integral, física, mental, emocional y social (Rogeró, 2009).

Adicionalmente, brindar cuidado incluye ofrecer el apoyo físico y mental necesario para cuidar a un miembro de la familia o a un amigo persona (Cepal, 2020), asegurando un nivel funcional de acuerdo a la capacidad del individuo, que le posibilite gozar de sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana (OMS, 2015). En resumen, el cuidado está compuesto de todas las acciones que se realizan en favor de otro individuo que es incapaz de hacerlas por sí mismo, involucra una conexión emocional y es facilitado por algunos rasgos del carácter, habilidades, conocimiento y tiempo para compartir con el receptor del cuidado (Huenchuan & Rodríguez, 2015).

Cuando el cuidado es proporcionado por profesionales de la salud, se le reconoce como cuidado formal. Si las tareas de cuidado son desarrolladas por familiares, allegados o amigos, se le reconoce como cuidado no remunerado, en cuanto implica una prestación de servicios que no recibe retribución económica (Rogeró, 2009). La forma en que se administra el cuidado varía de una comunidad a otra, sin embargo, la modalidad no remunerada suele prevalecer sobre la formal, siendo el cónyuge, hijo o hija, yerno o nuera, amigo o allegado sobre quien recaen las tareas asociadas al cuidado de una persona mayor (OMS, 2015). Este cuidado no remunerado ha sido considerado

desde cuatro dimensiones: el cuidado directo, que lidia con las tareas cotidianas; el cuidado emocional, relacionado con el apoyo social y del ánimo; el cuidado de mediación, negociar con otros a nombre del receptor del cuidado y, cuidado financiero, el manejo de recursos fiscales (Cepal, 2020). El cuidado es transitivo, puede delegarse o transferirse de la familia al profesional y viceversa (Huenchuan & Rodríguez, 2015).

Tanto el cuidado no remunerado como el cuidado formal se incluyen dentro de las actividades catalogadas como trabajo. El cuidado formal se asocia normalmente con un pago por prestación de servicios. Sin embargo, las actividades de cuidado no son siempre remuneradas monetariamente. Las labores desarrolladas en este ámbito se consideran directas, cuando el cuidador realiza las tareas, e indirectas, cuando el cuidador tiene un rol de supervisión o de apoyo.

De este modo, se evidencia que el cuidado abarca diferentes dimensiones relacionadas con el bienestar de los individuos incluyendo el aspecto emocional, material, económico y moral. Por ello, una aproximación holística a las dinámicas del cuidado nos lleva a definir de modo más certero este concepto como las prácticas y actividades sociales orientadas a asegurar la conservación de las condiciones físicas, psíquicas y sociales de las perso-

nas a lo largo de la vida (Tobio et al., 2010).

En la investigación sobre el cuidado suele utilizarse el concepto de necesidad, el cual se define por como la “carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida”. Así pues, una carencia pasa a ser necesidad cuando se percibe como algo que es imprescindible para vivir. Existen diferencias en el establecimiento de cuáles necesidades son superiores y cuáles son inferiores; no obstante, hay un consenso en que existen algunas necesidades básicas para el desarrollo de una existencia humana digna (Doyal & Gough, 1994). El contexto social, económico, cultural y político es de suma importancia para realizar la definición, ya que las causas por las que acontecen las necesidades son variadas y requieren de un entendimiento puntual.

Así pues, el cuidado tiene en cuenta elementos esenciales para la vida, como lo son el abrigo, la salud, la limpieza, la alimentación, el acompañamiento, hasta la transmisión de conocimientos, apoyo, valores sociales y prácticas mediante procesos relacionados con la crianza (Cepal, 2020). Además, el cuidado implica una relación entre personas cuidadoras y personas que reciben el cuidado en situación de dependencia, vulnerabilidad o con limitaciones parciales que las llevan a requerir de cuidado.

Los actores principales en el cuidado

no son únicamente aquellos con un vínculo familiar directo, debido a que también tienen un rol central los vínculos comunitarios o laborales. Tanto el apoyo brindado dentro del núcleo familiar como fuera de él debería asegurar un nivel funcional de acuerdo con la capacidad del individuo, enfocado en los derechos y los principios de igualdad, solidaridad y universalidad (OMS, 2020).

4.2.2. Definición de tipos, modelos y programas de cuidado

El cuidado se puede clasificar en función del actor que lo provea. Por un lado, el cuidado formal es brindado por parte de profesionales de la salud, psicólogos, trabajadores sociales o individuos capacitados para este fin que reciben una remuneración monetaria por su labor. Por otro lado, el cuidado no remunerado recae sobre miembros del núcleo familiar o de la comunidad y no recibe remuneración. En Colombia prevalece notoriamente el cuidado no remunerado. Adicionalmente dependiendo su enfoque el cuidado se subdivide en cuatro categorías principales: cuidado emocional, cuidado de mediación, cuidado financiero y autocuidado.

Cuando existen impedimentos para realizar las actividades de la vida diaria, se presentan cuatro posibilidades para

recibir los cuidados indispensables: (i) cuidado no remunerado, (ii) cuidado formal, (iii) cuidado formal y no remunerado o (iv) no recibir ningún tipo de cuidado. Suelen distinguirse tres categorías de ayuda en el cuidado no remunerado: apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional (Rogerio, 2009).

4.2.2.1. Cuidado en la vejez

El envejecimiento es un proceso natural inherente a la naturaleza del ser humano que conlleva cambios fisiológicos, sociales y psicológicos que afectan la vida del individuo en diferentes ámbitos. El patrón poblacional proyectado para Colombia pronostica un incremento de la población mayor en los siguientes 50 años, se ha visto ya el aumento de este grupo etario respecto a la población joven en diversas zonas del mundo (Cubillos et. al, 2020). Por ello, es fundamental consolidar y fomentar el cuidado de la persona mayor.

En la mayoría de los casos, el envejecimiento lleva a un deterioro en la funcionalidad del individuo que resulta en grados de dependencia en la realización de diferentes actividades, funcionales e instrumentales. El cuidado de la persona mayor está encaminado a la asistencia en aquellas actividades que no puedan ser llevadas a cabo independientemente;

se busca el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y aportar apoyo físico y psicológico según sea requerido. El cuidado de la población mayor debe estar enfocado en la preservación y mejoramiento de su calidad de vida y hacia el proceso de envejecimiento saludable.

4.2.2.2. Cuidado en el hogar y cuidado institucional

Para cumplir con el propósito de las actividades relacionadas con el cuidado, uno de los primeros retos que surge es lograr armonía entre las necesidades del receptor del cuidado y el entorno donde este se dará. Por ello, es fundamental considerar la funcionalidad individual y capacidad de integración recíproca entre cuidador-cuidado. Esta integración puede afectar positiva o negativamente los resultados del cuidado.

De esta manera, el cuidado en el hogar se refiere al cuidado proporcionado en el domicilio habitual del receptor. El cuidado institucional, por el contrario, es aquel que se da en los sitios adecuados para implementar programas de atención, como hospitales, instalaciones de rehabilitación, instituciones de cuidado crónico y asilos (10). Además del tipo de institución, la calidad del cuidado es otro de los factores determinantes para que un individuo receptor de cuidado opte por uno u otro. En algunos escenarios, como en el

caso de individuos con baja dependencia y buen nivel de suficiencia, e incluso algunos con ciertas discapacidades, prefieren el cuidado en casa sobre el institucional, en relación con el deseo no solo de permanecer en su hogar, sino también en su comunidad (11).

En sociedades envejecidas como Japón y Taiwán, se ha comparado el resultado de la atención del cuidado en el hogar con la institucional (PACE, 2019). En Japón, un país con una población que envejece de manera creciente, en la que los familiares, potenciales cuidadores, también son generalmente personas mayores, los costos asociados al cuidado institucional, también cada vez más crecientes, han llevado a considerar alternativas para disminuir el gasto relacionados al cuidado institucional, como la eliminación de algunas de las instituciones prestadoras, los planes de salud que los cubren y la reducción en las estancias hospitalarias, entre otros. Sin embargo, dadas las características particulares de esta población, como el rápido envejecimiento de la población rural, han evidenciado hallazgos como que el costo de la atención en el hogar es comparativamente mayor que el cuidado institucional (PACE, 2019).

Al comparar el cuidado en el hogar con el institucional utilizando algunos indicadores de calidad del cuidado, en Taiwán mos-

tró que las personas que recibían atención en casa hacían mayor uso de los servicios de urgencias, menos hospitalizaciones en infecciones, pero una mayor presentación de úlceras por presión. Aquellos que recibían cuidado en instituciones presentaban un menor riesgo de requerir atención de urgencias, un intervalo de tiempo entre las situaciones de urgencia, menor mortalidad y menor riesgo de desarrollar úlceras por presión, pero mayor riesgo de presentar infecciones. Considerando lo anterior, se ha concluido que, en esta población, los indicadores de calidad difieren significativamente en los dos escenarios, pero estos resultados se han adjudicado a la diferencia en las características de los pacientes, haciendo que la calidad del servicio sea entendida de acuerdo a los indicadores que se evalúen.

En estudios realizados en países desarrollados, que esperan un rápido crecimiento de su población de personas mayores, en general, el cuidado en el hogar da mejores resultados que los observados en individuos que permanecen en su hogar, pero de forma independiente. Estos resultados son menos claros al comparar el cuidado domiciliario con el cuidado institucional (Talley & Travis, 2013).

Los anteriores datos ponen de manifiesto que el escenario donde se presta el cuidado es una variable que aporta a la complejidad del proceso de atención de las

personas que requieren asistencia para desarrollar sus actividades. Es claro también que los resultados van más allá de la simple evaluación de indicadores, costos y planes de atención. La consideración y evaluación de las características de la población receptora del cuidado deben ser determinantes al momento de plantear los programas de atención, tratando de entender las necesidades propias del sistema de salud, del cuidador y especialmente de las personas receptoras del cuidado.

4.2.2.3. Situación de cuidado en el mundo

En el mundo, a nivel gubernamental, el análisis del cuidado a largo plazo de las poblaciones en constante envejecimiento se ha centrado en el efecto de los programas de atención en la sostenibilidad del sistema. En los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), este rubro representó un 4,6% del gasto público en el periodo 2006-2011, con proyecciones que indican que para 2060 este se habrá duplicado (Eng et. al 1997). En el informe de indicadores del panorama de la salud de 2021, la OCDE reportó que para 2019 el gasto en cuidado representó el 1,5% del PIB en todos los países miembros, sin embargo, se identificaron brechas importantes entre estados de la unión de la Unión Europea y estados de regiones con economías emergentes. Por ejemplo, el

gasto en cuidado de Países Bajos fue del 4,5 % y el de México, Chile, Grecia y Turquía estuvo entre 0,1% y el 0,2%, situación que se propone que puede ser explicada por la implementación de los servicios de cuidado, que pueden ir desde una mayor proporción de estos prestados de manera informal, hasta la implementación de verdaderos sistemas de cuidado.

En respuesta a la necesidad no satisfecha de optimización de los recursos, mejora en la calidad de la atención, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado las recomendaciones de cuidado integral para personas mayores (Integrated Care for Older People – ICOPE) (OMS 2017). En estas se brindan recomendaciones basadas en la evidencia a los profesionales de la salud para detectar y manejar reducciones importantes en las capacidades físicas y mentales de las personas mayores y para implementar estrategias de apoyo a los cuidadores. Se proponen como una base para el desarrollo de lineamientos nacionales usando un enfoque centrado en las personas.

Las recomendaciones de ICOPE están divididas en 3 módulos (OMS 2017):

› **Módulo I**

Disminución de la capacidad intrínseca individual, incluyendo pérdida de la movilidad, malnutrición, disminución de la agudeza visual, hipoacusia, alte-

raciones cognoscitivas y síntomas depresivos.

› **Módulo II**

Síndromes geriátricos asociados con la necesidad de cuidado, incluyendo incontinencia urinaria y riesgo de caídas.

› **Módulo III**

Apoyo al cuidador: intervenciones para brindar apoyo al cuidador y evitar sobrecarga por las actividades de cuidado.

Uno de los principales modelos de atención y cuidado de personas que requieren asistencia es el de “sistemas integrados”. En estos se realiza una aproximación integral a la provisión de servicios en salud, asistencia social y residencial para atender las necesidades de las personas que requieren cuidado y son diseñados para superar las barreras administrativas, legislativas, financieras y clínicas respecto a la atención y el cuidado centrados en el paciente (Robles, 2015).

Existen varias formas de implementar un sistema integrado de atención, sin embargo, estas deben ser congruentes con el contexto donde se desarrollen, las necesidades a satisfacer y la población a intervenir. De manera global, los programas identificados como sistemas integrados se constituyen en dos grandes grupos, los modelos pequeños enfocados

en la comunidad y los modelos grandes regulados a nivel estatal o regional, de los que se han reportado experiencias sobre la implementación y resultados de programas específicos (14).

4.2.3. Modelos pequeños, enfocados en la comunidad

Modelo PACE (Program of All-inclusive Care of the Elderly)

Este modelo parte de la premisa: es mejor para el bienestar de las personas mayores en condiciones crónicas y de sus familias, que aquellas permanezcan en su comunidad tanto como sea posible, por lo que su objetivo principal es mantener la calidad de la atención y reducir el uso innecesario del hospital a partir de la atención preventiva y el control regular. El modelo se remonta al programa On Lok, que nació en el barrio chino de San Francisco, Estados Unidos, en 1971, y hasta 2019 había sido replicado en 31 de los 50 estados subnacionales de Estados Unidos, a través de 130 organizaciones que contaban con 50.000 participantes (National Peace Association, 2019).

El programa atiende personas mayores de 55 años que requieran atención domiciliaria a través de centros de atención (PEACE centers) y visitas al hogar del participante, e incluye servicios como cuidado primario –medicina general y

servicios de enfermería–, servicios de emergencia, prescripción de fármacos, odontología, optometría y podología, entre otros. El PACE se financia a partir de un esquema de capacitación, en el que los centros reciben del gobierno –a través de los programas de cobertura de seguridad social Medicare y Medicaid– un pago fijo por persona que cubre todos los servicios prestados durante un período determinado. La capacitación busca crear incentivos para hacer más eficiente la prestación de servicios.

Según Meret-Hanke (2011), quien usó modelos econométricos de propensión de probabilidad para evaluar el PACE, los beneficios de la reducción de las hospitalizaciones compensan los costos de ampliar los servicios ofrecidos en el PACE, aunque los altos costos de inversión y la preferencia de algunas personas mayores por ser atendidos por un solo médico limitan la expansión del modelo. Eng et al. (2015) también concluyeron que los resultados del PACE han sido positivos, pues los participantes han reportado una mayor satisfacción con los servicios recibidos y una reducción en el uso de servicios médicos institucionales.

Sin embargo, los autores destacan que una limitante para la expansión del PACE a lo largo de Estados Unidos es la alta inversión en tiempo y capital que debe hacerse para crear un centro PACE. El Wis-

consin Partnership Program encontró que con este programa se observaron menos ingresos hospitalarios y reducciones de la estancia hospitalaria y de consultas de urgencias cuando se comparó el modelo WPP (Wisconsin Partnership Program).

Modelo SIPA (System of Integrated Care for Older Persons)

De acuerdo con Bergman et al. (2008), el SIPA, al igual que el PACE, es un modelo de cuidado primario basado en la comunidad que busca atender las necesidades de las personas mayores con salud frágil mediante una atención multidisciplinar en servicios médicos y sociales, que incluyen prevención, rehabilitación, medicación y cuidado de largo plazo. El SIPA fue la implementación en Canadá del PACE. Son elegibles para el programa las personas mayores que tengan discapacidad severa en una o discapacidad moderada en dos de las siguientes áreas: Actividades Cotidianas de Autocuidado (ADL, por sus siglas en inglés) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

A diferencia del PACE, en el equipo multidisciplinar que conforma el SIPA puede participar el médico personal de la persona mayor atendida o de su familia. Este equipo es el encargado de proveer las intervenciones geriátricas basadas en la evidencia necesaria para identificar y minimizar el riesgo de discapacidad fun-

cional de la persona mayor atendida y propender por el uso apropiado de las instituciones de cuidado de largo plazo. En el SIPA, la persona mayor puede elegir el proveedor de servicios de cuidado de su preferencia.

El SIPA también funciona a partir de la capacitación e integra los recursos públicos que las provincias canadienses destinan para la salud y los servicios sociales. Los presupuestos del SIPA se construyen en función del número de personas inscritas, de las características socioeconómicas y demográficas de los participantes y de la apropiación presupuestal autorizada. Los operadores funcionales del SIPA no tienen permitido incurrir en déficits, y los superávits deben ser reinvertidos en un fondo de reservas o en la misma prestación de servicios. En algunos casos, con el permiso de las autoridades locales de gobierno, los prestadores de SIPA pueden cobrarles a los participantes una cuota moderadora para cubrir los costos de prestación de servicios. Según Beland et al. (2006), los resultados indican que el SIPA tiene resultados favorables en reducir el uso y costos de los servicios hospitalarios y de los servicios de enfermería sin incrementar los costos, reducir la calidad de los servicios o incrementar la carga financiera sobre las familias.

4.2.4. Modelos grandes, regulados a nivel estatal o regional

4.2.4.1. Modelo de Columbia Británica

Modelo implementado en la década del 90, proveía servicios relacionados con el cuidado a todas las personas mayores bajo una sola regulación administrativa y una sola fuente de financiación para todos los servicios. Ofrecía una amplia variedad de servicios como cuidado en casa, rehabilitación en programas comunitarios, servicios de apoyo domiciliario, cuidado diurno del persona y hogares comunitarios.

También incluía instalaciones para proveer cuidado a largo plazo y centros de diagnóstico y tratamiento geriátrico. Un análisis por minimización de costos mostró que el modelo reducía el gasto estatal y de bolsillo de los beneficiarios y los costos sociales, como el tiempo requerido por los cuidadores informales para atender a sus familiares.

4.2.4.2. Modelo de Arizona

Aprobado en 1981 como el sistema de control de costos del cuidado de la salud de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System), con el objetivo de expandir el cuidado agudo y contener los costos. Durante su implementación, el estado de Arizona le pagó a organizaciones

de cuidado administrado para proveer un conjunto de servicios relacionados con el cuidado a largo plazo a individuos en una región determinada mediante un sistema de capacitación. A cambio, estas organizaciones proveían o pagaban por todo el cuidado residencial a largo plazo y servicios de atención domiciliaria, profesional o de apoyo. Simulando los costos en un periodo de 24 meses, se lograba un ahorro de alrededor de 4,6 millones de dólares en estancias en asilos evitados con el programa.

4.2.4.3. Modelos en Latinoamérica

Se ha destacado el caso de Argentina, donde se implementó un programa de cuidado de las personas mayores, que integra tres dimensiones con un alto impacto sobre la forma como se administra. Primera, un módulo que invita a la población mayor a compartir sus experiencias y conocimientos con personas jóvenes. Segunda, un registro de cuidadores domiciliarios a través de una herramienta en línea que permite acceder a información pública y confiable sobre los cuidadores domiciliarios de todo el país, a la vez que permite a quien lo desee, entrenarse como cuidador y a quien lo necesite, buscar un cuidador capacitado. En desarrollo de la tercera dimensión, las personas mayores que no cuentan con servicios de salud ni recursos para adquirirlos, reciben

atención integral en residencias de larga estadía, donde acceden a los cuidados que necesita y ejercen su derecho a una vida activa mediante distintas actividades. Además, las acciones del programa promueven iniciativas nacionales para garantizar los derechos de las personas mayores, fortalecer su autonomía y promover el buen trato hacia ellos (Alberti, 2020).

4.2.5.El cuidador de la persona mayor

En términos generales, el término cuidador se refiere a la persona que brinda cuidado a las personas que necesitan ayuda para cuidar de sí mismas. Pueden ser profesionales de la salud, familiares, amigos, trabajadores sociales, miembros del clero u otras sociedades civiles y prestar sus servicios en casa, el hospital y otras instalaciones dedicadas al cuidado de la salud (Alberti, 2020).

Las personas encargadas del cuidado poseen trayectorias de formación diversas, con habilidades y experiencias profesionales y personales variadas. Por un lado, los cuidadores no remunerados, que suelen ser familiares, allegados o amigos, y por otro, los cuidadores formales, profesionales sanitarios capacitados para proveer la atención. Entre ambos grupos existe un espectro de personas con diversas capacidades y conocimientos

técnicos, por lo que es más compleja su clasificación. Por ejemplo, miembros de la familia con un alto grado de capacitación y capacidad técnica, podrían diferenciarse de un profesional sanitario solamente por la habilitación de las agencias reguladoras para ejercer las actividades asociadas al cuidado de otros individuos (Valdivia, 2020).

Los cuidadores no remunerados están sometidos a situaciones que alteran su propio desenvolvimiento individual. Frecuentemente se ven forzados a reducir sus horas de trabajo para prestar los cuidados (Valdivia, 2020) y se encuentran en circunstancias que conllevan una carga económica adicional, preocupaciones sobre su propio bienestar, dificultades para realizar sus propias actividades y las relacionadas con el cuidado y aumento del estrés (Marin, 2020).

A pesar de las dificultades que supone para los cuidadores no remunerados desarrollar su labor, se han identificado situaciones que modifican su desenvolvimiento de forma positiva, como mejoría de la autopercepción y la autoestima, de su estado emocional, disminución del estrés, darle sentido a su actividad como cuidador, satisfacción y enriquecimiento de la misma (Marin, 2020).

Es así, como el concepto de cuidador puede ser concebido como la persona profesional o no profesional, que asiste

a otra que requiere apoyo. El cuidador puede ser integrante de la familia, trabajador social, psicólogo, etc., además, le es posible prestar sus servicios en distintos lugares. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el cuidador es un familiar de la persona mayor que se encarga de asistirle en las actividades funcionales o instrumentales, en las que requiera ayuda; asimismo, si es el caso, brindarle apoyo emocional, financiero y de mediación.

4.2.6. Costos de cuidado

El envejecimiento implica una serie de cambios y también varios desafíos para los sistemas de atención en salud. Las personas mayores pueden necesitar los cuidados de otros por una enfermedad crónica, trauma o una discapacidad. Además, el aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas, la creciente conciencia sobre la salud y los continuos avances tecnológicos, han impulsado el incremento en los costos de la atención médica; por estas razones, es importante abordar los costos del cuidado para comprender las implicaciones en los ámbitos individual y social.

El costo del cuidado se define como el gasto en servicios sociales y de salud para atender a las personas dependientes y que requieren atención continua. Este gasto contempla no solamente la atención y el acompañamiento necesario

para las actividades básicas e instrumentales, también puede incluir la atención paliativa, sea esta proveída en el hogar o en una institución y el recurso humano requerido para proveer los servicios.

La definición de costos de cuidado y la generación de un plan de seguridad social para cubrirlos, ha sido abordada por un pequeño número de países, incluyendo Japón, Alemania, Holanda y la provincia china de Taiwán (ILO, 2014). Esto refleja una ausencia de atención global ante las necesidades de cuidado de personas mayores y dificulta la creación de sistemas de cuidado que pueden favorecer a esta población. De este modo, el costo personal para los cuidados de largo plazo tiene un gran impacto sobre el ingreso de personas mayores, afectando en su mayoría a las mujeres, los pobres y aquellos con edad muy avanzada.

En América Latina, las políticas de cuidado se soportan sobre la base que las redes privadas ([p.ej](#) familiares, amigos) pueden asumir el cuidado de las personas mayores sin ser remuneradas (OPS, 2020). Mientras que, a nivel local, con el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, se brinda cobertura de riesgos en salud a toda la población, independientemente de su vinculación laboral y/o capacidad de pago, adoptando de este modo un modelo que podría denominarse de aseguramiento social.

4.2.7. Cuidado y pandemia

La pandemia por el COVID-19 ha perjudicado fuertemente a las personas mayores. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la pandemia expuso la fragilidad de los sistemas de salud para apoyar a las personas mayores y atender sus necesidades. La población mayor ha sido la más vulnerable a causa de la pandemia, tanto por la probabilidad de morir como de contraer una enfermedad infecciosa. Las personas mayores han sufrido la interrupción súbita de sus rutinas cotidianas y de su seguridad y estabilidad económica; y con los cuidadores, quienes en muchos casos también son personas mayores, han sido los más perjudicados por la alta dispersión en los hogares geriátricos.

Siette et al. (2021) estudian el impacto inmediato de las medidas restrictivas adoptadas durante la pandemia del COVID-19 en la calidad de vida, la ansiedad, la depresión y las interacciones sociales de la población mayor que recibían servicios comunitarios de cuidado en Australia. De acuerdo con los análisis cuantitativos longitudinales desarrollados en tres momentos de corte transversal (2018, 2019 y 2020), los autores concluyen que la calidad de vida de las personas mayores se redujo significativamente después de la pandemia de 2020: incrementaron los

porcentajes de personas que reportaron sentirse más ansiosas o deprimidas y con problemas en su cotidianidad. Además, solo un porcentaje reducido de personas mayores pudo adoptar las nuevas tecnologías de comunicación, es decir, que hubo una interrupción en las relaciones familiares.

De acuerdo con Clark (2021), los hogares de cuidado de personas mayores en Canadá tenían más probabilidades de reportar al menos un caso de contagio de COVID-19 que otras entidades de cuidado. Adicionalmente, en los hogares con más de 25 personas mayores, donde hubo al menos un caso de contagio entre el personal de enfermería o de dirección y donde las habitaciones eran compartidas, las probabilidades de un brote de COVID-19 eran hasta siete veces más altas. Adicionalmente, los hogares de cuidado también reportaron dificultades logísticas para adoptar las medidas sanitarias de bioseguridad y para conseguir los insumos para asegurar la continuidad en el funcionamiento, así como, problemas de ausentismo entre el personal.

Al respecto, Néstor et al. (2021) investigaron cómo la pandemia del COVID-19 afectó social y profesionalmente a los trabajadores de los hogares de cuidado en Irlanda. Una proporción mayoritaria del personal manifestó que su carga de trabajo se incrementó significativamente

desde el comienzo de la pandemia, y que habían experimentado más estrés y ansiedad relacionados con el riesgo de contagio y con las medidas de aislamiento.

Ortega et al. (2021), a partir de la recolección de información mediante entrevistas y grupos focales en España, Reino Unido, Holanda, México, Panamá, Brasil y Argentina, identificaron seis retos respecto a la respuesta a la pandemia en relación con la atención a la población mayor: (i) recursos materiales y de gestión insuficientes, (ii) recursos humanos insuficientes y frágiles, (iii) infravaloración del peligro de los recursos residenciales, (iv) falta de coordinación interinstitucional entre los servicios de cuidado y salud, (v) falta de manejo de las consecuencias emocionales de la pandemia y (vi) edadismo (discriminación por edad).

Asimismo, los autores identificaron cuatro áreas de buenas prácticas que, durante la pandemia, han incrementado la autonomía de las personas mayores en condiciones de seguridad: (i) la adaptación de los servicios residenciales, (ii) el potenciamiento de los recursos humanos, (iii) la adopción de servicios de apoyo al bienestar emocional de las personas mayores y (iv) la organización de iniciativas en el ámbito comunitario. Los autores recomiendan incorporar estas buenas prácticas, junto con otras tendencias relacionadas con la creación de un modelo

de atención centrado en la persona, donde los servicios se brindan en el hogar o con una personalización que apunta a replicar sus mismas condiciones, para el fortalecimiento de los hogares de cuidado de la persona mayor.

Respecto al caso colombiano se destacan los trabajos de Fajardo et al. (2021) y el libro digital *La vejez. Reflexiones de la postpandemia*, de la Fundación Opción Colombia en 2020. Fajardo et al. (2021) estudian la resiliencia de los cuidadores formales y no remunerados de las personas mayores en Ibagué durante la pandemia del COVID-19. En marzo de 2020, las autoras aplicaron a 49 cuidadores la Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (BRSC), por sus siglas en inglés). Aunque las autoras mencionan que los cuidadores de personas mayores afrontan circunstancias de alto estrés en su trabajo cotidiano, los resultados indican que las medidas de aislamiento social y el riesgo de contagio incrementaron las circunstancias de estrés, por lo que recomiendan poner en práctica intervenciones emocionales, cognitivas y socioculturales orientadas a fortalecer la resiliencia en el cuidador.

Finalmente, el libro *La vejez. Reflexiones de la postpandemia* (2020), recoge 21 artículos de expertos sobre asuntos del cuidado de la población mayor en Latinoamérica y en Colombia a la luz de los

cambios generados por la pandemia del COVID-19. De los artículos se destacan el de Alberti (2020), que resalta la transformación del paradigma del cuidado por el de la protección, en el que la persona mayor pueda evitar el contagio sin ser abandonado por una distancia social nociva. El de Forttes (2020), resalta que en Latinoamérica es la familia la que está encargada del cuidado de la persona mayor, razón por la que cualquier intervención orientada a fortalecer el sistema de cuidado debe partir de un enfoque multidisciplinar que tenga en cuenta la informalidad. Y Galeano (2020), propone una reconsideración del cuidado a partir de las consecuencias del aislamiento social en la relación cuidador-persona cuidada, ya que las medidas de contención de la pandemia debilitan y, en algunos casos, corta abruptamente el proceso de construcción de relaciones, con lo cual se produce un vacío físico y emocional en ambas partes.

4.3. Hallazgos



4.3.1. Evolución de la cohabitación de personas mayores

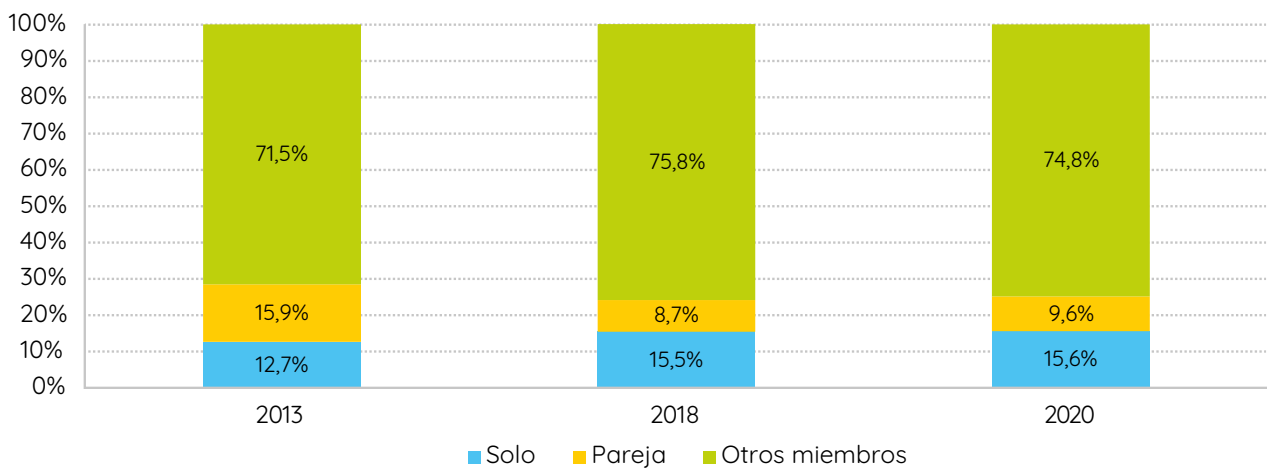
Caracterizar la composición de los hogares en los que habitan las personas mayores es determinante para realizar un análisis certero de las dinámicas de cuidado dentro del círculo de cohabitación. En Colombia para 2020 el 70,7% de las personas mayores que requerían cuidado lo recibían por parte de un miembro del mismo hogar. Por ello, la estructura familiar juega un rol fundamental en el tipo de cuidado que se brinda a las personas mayores, ya que establece las relaciones de dependencia económica y la construcción de redes de apoyo para afrontar limitaciones funcionales y/o de salud.

Adicionalmente, la llegada del COVID-19 y las consiguientes medidas de aislamiento preventivo impactaron la composición de los hogares en Colombia, generando en muchos casos la unificación de grupos familiares previamente dispersos e incidiendo en las tasas de mortalidad, especialmente de la población mayor.

Como se observa en la Figura 1, con el paso del tiempo han aumentado los hogares unipersonales, habitados solamente por una persona mayor de 60 años, pasando de 13,0% en el año 2013 al 15,6% para el año 2020. Teniendo en cuenta que la mayor parte del cuidado a personas mayores, se realiza dentro del núcleo familiar y no remunerado; el incremento de personas mayores viviendo solas puede implicar a su vez un aumento en la brecha

de cuidado. Sin embargo, también el número de personas mayores viviendo con otros familiares (distintos a su pareja) ha crecido en el tiempo, pasando de 71,5% en 2013 a 74,8% en 2020. Por su parte, la fluctuación en el porcentaje de personas mayores viviendo con su pareja presenta mayor variabilidad: a pesar que de 2013 a 2018 disminuyó en 7,2 p.p. tuvo un leve aumento de 1 p.p. para 2020, ubicándose en 9,6%.

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



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

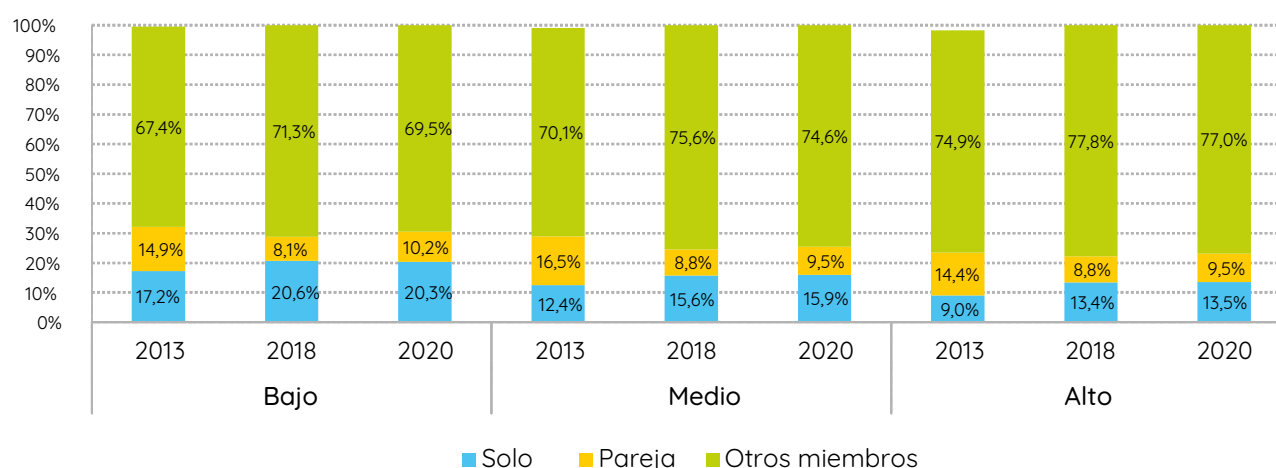
Al desagregar por nivel socioeconómico (Figura 2) se evidencia que las tendencias generales observadas a nivel poblacional se mantienen. Sin embargo, para el nivel socioeconómico bajo, la cantidad de

personas mayores viviendo solas asciende a 20,3%, muy por encima del 13,5% observado en el nivel socioeconómico alto. Lo anterior redunda en una doble vulnerabilidad de las personas mayores de estratos

bajos porque presentan menor solvencia económica para acceder a cuidado formal y, además, una proporción considera-

ble, tampoco puede acceder al cuidado no remunerado de la familia, porque habita en hogares unipersonales.

Figura 2. Distribución de personas mayores, según cohabitación y nivel socioeconómico



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Nota: El nivel socioeconómico de la cohabitación se definió 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.

Por otra parte, los cambios más fuertes a través del tiempo se observan en el nivel socioeconómico alto. sí, entre 2013 y 2020 la cantidad de personas mayores viviendo en hogares unipersonales aumentó en 4.5 p.p. cifra mayor que el aumento temporal en este mismo rubro para el nivel bajo (3.3 p.p.) y medio (3.5 p.p.). Esta diferencia en la tasa de crecimiento se puede comprender en cuanto que la tasa de natalidad presenta una disminución considerable para los estratos altos a tra-

vés del tiempo, mientras que la cantidad de hijos se ha mantenido en niveles altos para los estratos bajos (Aguirre y Ferrari, 2014).

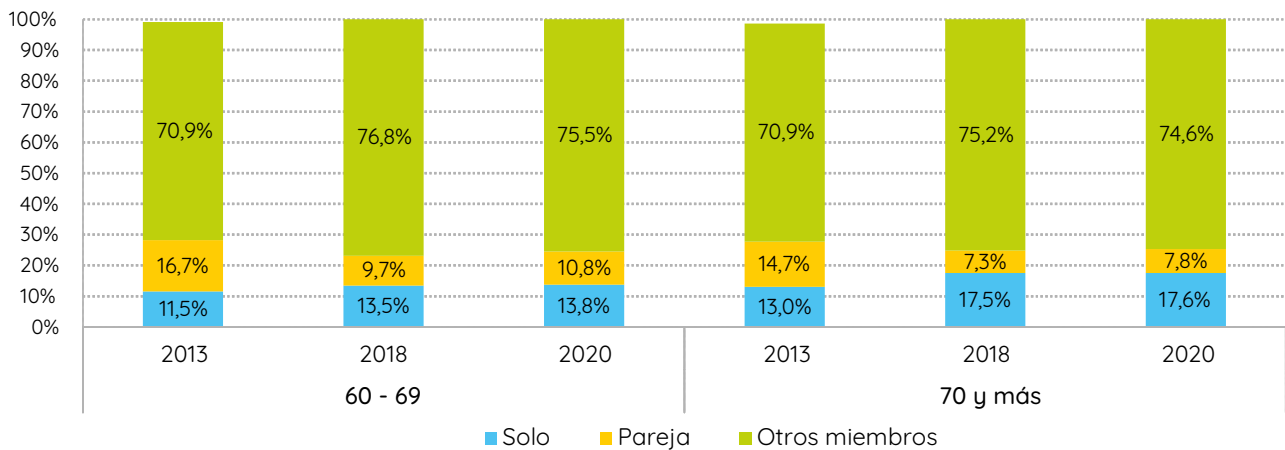
Por último, en todos los niveles socioeconómicos la cohabitación con otros miembros de la familia, hijos, nietos, padres, otros familiares, otros no familiares o empleados, es altamente preponderante y ha aumentado entre 2013 y 2020 de manera considerable, explicando en parte la prevalencia del cuidado no remune-

rado como principal fuente para el cuidado de personas mayores.

Adicionalmente, la Figura 3 muestra que, al desagregar por grupos etarios, los mayores de 70 años evidencian un mayor porcentaje de hogares unipersonales a lo largo del tiempo, representando un 17,6% de la cohabitación de este grupo. Como se analizará posteriormente, la población mayor a 70 años muestra mayor probabilidad de presentar limitaciones funcionales y/o comorbilidades que afecten la

realización de las Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD). Por ello, una mayor proporción de esta población viviendo sola implica un aumento en la brecha de cuidado para las personas mayor más vulnerables. Finalmente, la diferencia de aproximadamente 2 p.p. en la proporción de cohabitación con pareja entre los grupos etarios anunciados se explica por la mayor mortalidad de las personas mayores a 70 años respecto al rango etario comprendido entre 60 y 69 años.

Figura 3. Cohabitación de personas mayores, según grupo etario



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

En conclusión, el análisis de la cohabitación en Colombia muestra que la proporción de personas mayores viviendo solas ha aumentado en el tiempo, situa-

ción que es especialmente preocupante para los niveles socioeconómicos bajos y el rango etario por sobre 70 años. Estos grupos de manera particular evidencian

una mayor vulnerabilidad económica, física y psicológica que requeriría un mayor grado de cuidado y asistencia. Adicionalmente, se presenta la preponderancia de hogares intergeneracionales en los que conviven personas mayores con otros familiares dentro de la misma vivienda. Esta situación explica la prevalencia del cuidado no remunerado por parte de personas

del mismo hogar como principal fuente de cuidado.

Dentro de las redes de apoyo a lo largo de los grupos focales identificamos que las familias es el gran pilar para ayudar a las personas mayores ya sea en las ABVD y/o las AIVD, como se puede observar en las siguientes experiencias relatadas por algunos de los entrevistados que son cuidadores:

“Vivo con una tía de 93 años, aunque tiene una vitalidad de admirar, pero de todas maneras ella depende mucho de mí en el caso de llevarla al médico, tampoco la dejo cocinar, entonces pues sí, pienso que ella depende mucho de mí”.

(Grupo Focal -GF-, intergeneracional, estratos 3 y 4, Bogotá).

“Yo cuido a mi mamá hace 9 años, a ella toca bañarla, ella solamente come y habla, ella no se puede vestir, ni desvestir, debe tener pañal, ella está acostadita”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional 2, estratos 1 y 2, Manizales).

“A mi papá (...) estuve muy pendiente de él... Ha sido muy delicado porque él tiene un marcapasos, siempre ha sido muy independiente, pero durante la pandemia, la salud mental de él disminuyó, se ha visto muy afectado y ahora requiere más de mis cuidados”.

(GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, Quibdó).

“Pues cuidados, digamos directamente, que tengamos que estar ahí todo el tiempo no, pero si de pronto en sus cuestiones médicas, de su salud, sus medicamentos, de hacer diligencias, de ese tipo de cosas sí, que son nuestras madres”.

(GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 1 y 2, Bogotá).

“En mi casa en la parte superior viven mi tía y mi abuela que ya son personas de edad avanzada, entonces si pasa cualquier inconveniente, estemos lo que estemos haciendo, vamos para allá, no es un apoyo constante porque no es que yo le ayude a comer o con las funciones básicas, pero si hay un apoyo, por si necesita un mercado, hacer una vuelta; por ejemplo, en el caso de la pandemia cuando ellas necesitaban comprar implementos de aseo, tapabocas, etc., nosotros lo hacíamos por ellas”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años 2, estratos 3 y 4, Manizales).

A su vez, cualitativamente se observó cómo algunas personas mayores que viven solas no se encuentran totalmente apartadas de la familia; algunas reciben visitas de sus seres queridos mientras que otras mantienen contacto con sus hijos a través de dispositivos tecnológicos, que se volvieron recurren-

tes a causa de la pandemia, como se muestra en los siguientes relatos. El primero, es la experiencia de una persona mayor que vive en una casa hogar; el segundo, sobre el cuidado a causa de la pandemia; y el tercero, se refiere a una cuidadora de personas mayores en un centro geriátrico.

“Yo tengo es hermanos, ellos me pagan, porque me trajeron a mí aquí. Me están regalando mi salud, porque pagan mi salud. Lo que pasa es que ellos me visitaban con frecuencia, pero eso se me paralizó por la cuestión de la pandemia. Pero, sin embargo, cada ocho días, voy donde dos hermanos, porque hay uno que me lava la ropa. Ellos recogen platica y me tienen un fondito, usted qué necesita y así...como para mis necesidades”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Manizales).

“Mi hijo me llamaba a preguntarme que cómo iba, que cómo había pasado la noche, que cómo caminaba, me llamaba mi muchacho todos los días”.

(GF, hombres mayores de 60 años, Quibdó).

“Y fue un reto para todos porqués nos tocó aprender a volvernos muy amigos de las redes sociales para que los hijos los pudieran llamar, para que los pudieran ver. A veces fue muy difícil porque no todos entendían la magnitud de la pandemia y fue muy difícil dejar de ver a la familia, o ver a la familia detrás de una cámara o si tenían problemas auditivos o de visión era como si cualquier otra persona les hablara”.

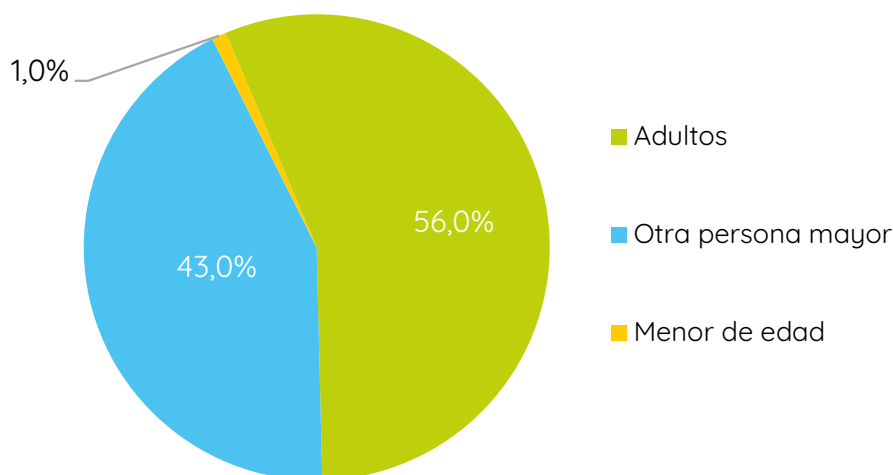
(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Manizales).

4.3.2. Principales fuentes de cuidado de las personas mayores

En Colombia existe alta preponderancia del cuidado no remunerado como principal fuente de cuidado de la población mayor. Como se observa en la Figura 4, en 2020 la mayor parte de los cuidadores de personas mayores dentro del hogar eran personas (56%). Sin embargo, también las personas mayores ejercen el rol de cuidadoras en el núcleo familiar representando el 43% del total de cuidadores en el mismo hogar,

mientras que el porcentaje de niños y niñas encargados del cuidado de familiares mayores equivale a un 1%. El perfil del cuidador es determinante para la calidad de la prestación del cuidado, así como para la integración y reciprocidad entre la persona mayor cuidada y su cuidador. De este modo, ante la presencia de discapacidades funcionales se requiere en ocasiones formación básica o media en prestación de servicios médicos. Por ello, caracterizar el perfil de los cuidadores, así como las distintas fuentes de cuidado a nivel nacional cobra especial relevancia.

Figura 4. Tipo de cuidador de la persona mayor dentro del hogar. Total nacional 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

Asimismo, en los grupos focales se identificó que muchos de los familiares que viven y son cuidadoras de personas mayores, dedican gran parte de su tiempo al cuidado y a garantizar que se suplan las necesidades

básicas de la persona mayor. Las siguientes citas dan cuenta de las experiencias de personas de diferentes ciudades y edades dedicadas plenamente al cuidado informal de una o más personas mayores:

“Soy (...) ingeniera de sistemas de los Andes. Estoy en este momento retirada. Me dedico a una cosa que se llama ahora...el tema del cuidado. Tengo a mi madre, que tiene una enfermedad degenerativa”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

“No estoy trabajando, pues me dedico al cuidado de mi madre, las cosas que correspondan, de sus citas médicas y pues al pendiente de ella, la verdad (...) estuve algunos años trabajando con mis hermanos desempeñándome como auxiliar contable. Pero, pues ya mi madre empezó a presentar quebrantos de salud, entonces me retiré y estoy dedicada solamente a ella”.

(GF, hombres y mujeres de 40 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

“Yo soy cuidadora de mi mamá y de mi papá. O sea, me toca repartir el tiempo entre mis cosas y cuidarlos a ellos, estar pendiente de las citas médicas, estar pendiente de todo lo que es de la salud de ello; ¿qué es lo que ellos más necesitan o qué más ameritan?: el tiempo para poder compartir con ellos”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, estratos 1 y 2, Barranquilla).

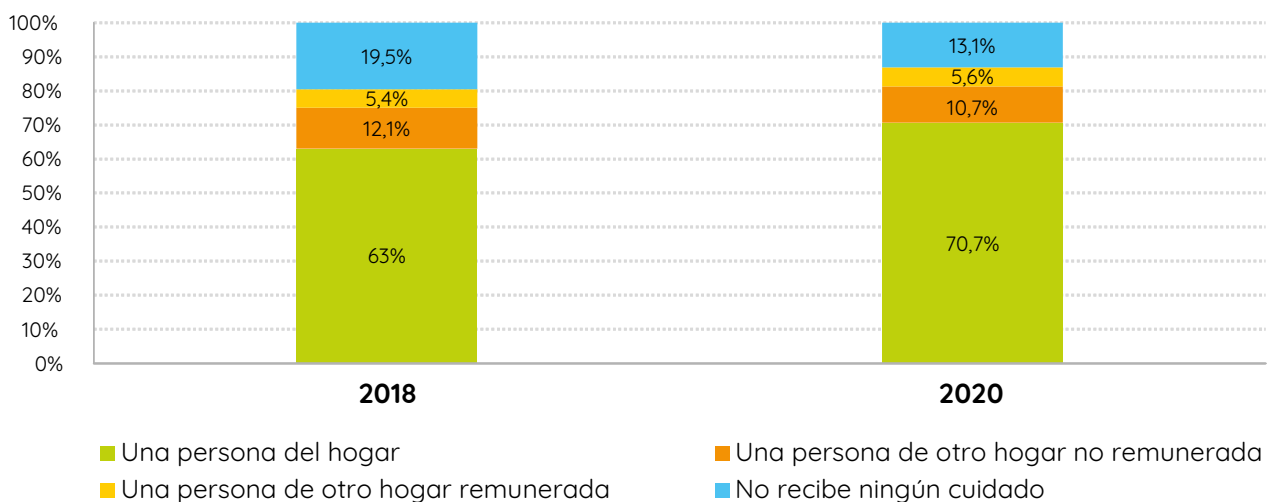
“Soy directora administrativa, pero yo no soy accionista de la empresa, gano unos honorarios, y pues obviamente uno siempre quisiera tener un poco más de ingreso, pues por el tema de sostenimiento de las personas mayores que tengo a mi cargo, porque pues ellos no son pensionados ni nada, siempre ha sido un tema complejo”.

(GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

De modo general, como se observa en la Figura 5, para 2020 el 70,7% de las personas mayores que requerían cuidado lo recibían por parte de una persona de su mismo hogar. Esta cifra presentó un aumento de más de 7 p.p. entre 2018 y 2020 lo que se podría explicar como efecto de la pandemia y las medidas de aislamiento preventivo que llevaron a muchas familias a suspender el contacto con cuidadores externos al hogar. Por su parte, el cuida-

do remunerado representa únicamente el 5,6% del total nacional, siendo inferior al 10,7% de cuidadores no remunerados externos al hogar. Finalmente, la brecha de cuidado, es decir, aquel porcentaje de personas mayores que requieren algún tipo de cuidado, pero no lo reciben, osciló entre 13 % y 19% en el periodo comprendido entre 2018 y 2020, representando aún una proporción considerable de la población y un reto vigente de política pública.

Figura 5. Distribución de cuidadores para personas mayores que requieren de cuidado



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Además, los cuidadores no solo hicieron uso de un aislamiento preventivo en pandemia sino también reforzaron el uso de los elementos de bioseguridad para cuidar a las personas mayores y a ellos

mismos. Asimismo, apoyarlos en alguna actividad que necesitaran para evitar que las personas mayores salieran porque identificaban que era la población más vulnerable a causa del COVID-19.

“Pues los que tenemos más cerca, y uno velaba por su salud, porque tuvieran alimentos si no vivían con uno, si vivían solos, de ir a mercales, por asegurarles que las condiciones estuvieran bien; dentro de todo, perdiendo su libertad porque no los dejan salir y muchas cosas”.

(GF n°2, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

“(...) yo tengo varios familiares con hipertensión, asma, y todas esas cosas hacían que uno dijera bueno, yo salgo por la necesidad de venir a comprarle a todos, porque vivimos, prácticamente, yo vivo en la mitad y uno en la esquina y el otro en la otra esquina de arriba, entonces salía una persona a hacer el mercado de las tres casas, entonces yo decía, yo me expongo, pero no los quiero exponer a ellos”.

(GF n°1, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

“(...) ya era no dejarlos que ellos salieran, comprarles alimentos. También teníamos que prevenir muchas cosas. Uno por la condición de los dos, porque las defensas de mi papá son demasiado bajas, y por mi mamá, porque mi mamá es una persona diabética, tiene problemas del corazón (...) Empezamos a restringir todo, ese era el cuidado acá, de bañarse, del alcohol, de los tapabocas, de limpiarles los alimentos, todo.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 1 y 2, Bogotá).

“(...) conozco a una amiga, que ella no dejaba entrar a nadie a su casa, pues ella cuidaba a sus padres en casa y ambos tienen enfermedades de base (...) echaba cloro a todo (...) los otros hermanos los veían a través de una ventana por ahí saludaban a los papás a la mamá (...) entonces, los cuidados se tuvieron que intensificar un poco, pues porque es una población que estaba vulnerable”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Barranquilla).

“(...) teníamos que estar muy pendientes con ella: -mami no puede hacer esto, mami venga para acá, mami usted no puede ir para allá, mami usted...-. Entonces teníamos muchas cosas que habíamos que limitarlas para que (...) ella tuviera los cuidados”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, Quibdó).

De igual forma, hubo un refuerzo en centros geriátricos, casas de hogar y asilos, para garantizar las medidas de bioseguridad, para proteger al cuidador y a las personas mayores.

“En el tema de cuidados en centros de larga estancia también fue difícil, el hecho de estar encerrados y que hubo restricciones para las visitas, para el contacto físico. Sé que también hubo pues, como dificultades a nivel emocional de no poder tener contacto con las pocas personas”.

(Entrevista a Profundidad -EP-, experto n°1 en Bienestar y participación social).

“(...) sobre todo, en hogares geriátricos de niveles socioeconómicos altos, que tuvieron medidas contra el coronavirus muy estrictas, medidas sanitarias muy estrictas; fueron ancianos aisladísimos, ancianos que, durante meses, meses, no vieron a sus familiares, porque era tan estricto el control en estos hogares geriátricos que se les olvidó, que era más importante el contacto, y muchos ancianos fallecieron solos y no por no tener familia. Muchos otros hogares geriátricos tenían la posibilidad de tener ventanas, entonces veíamos a montones de personas por la parte de afuera viendo a sus ancianos (...)”.

(EP, experto n°2 en Cuidado y cuidadores).

“En los albergues de los ancianatos, ellos eran constantemente mirando todo asegurándose que se cumplieran los protocolos, para que cualquier persona que entrara; se supone que no tuviera el virus o no estuviera enfermo, pero pasaba el más mínimo caso y se aislaba todo. Entonces en el mismo albergue como que juntaban a la gente más vulnerable, a mano de gente no vulnerable, que los convertía en vulnerable; o sea, la propia gente que los apoyaba y los cuidaba, era la gente que los podía enfermar, entonces era como algo contraproducente de los ancianatos. Y en el caso de las personas mayores que la familia le pagaba el asistente, entonces la mayoría de casos que me contaban era o que el asistente vivía con ellos o a la persona mayor le tocó irse a vivir con los familiares o intentar vivir solo”.

(GF n°2, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

Un análisis más detallado muestra que a medida que disminuye el nivel socioeconómico aumenta a su vez la proporción de personas mayores que requieren cuidado,

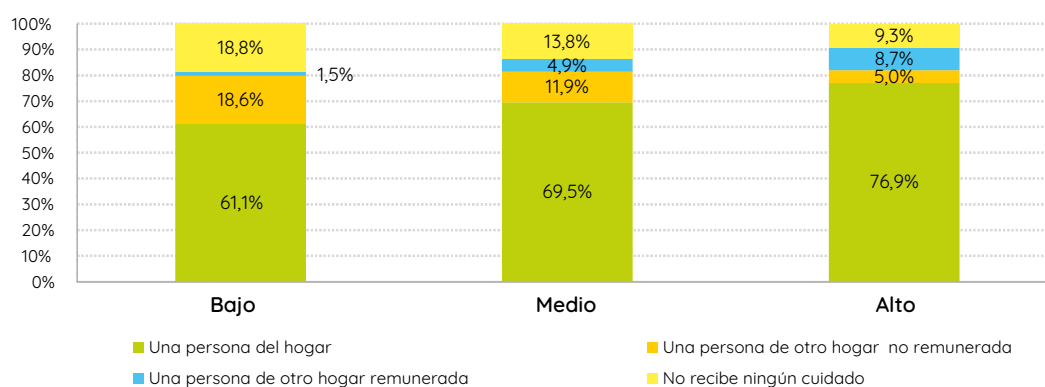
pero no lo reciben, es decir, la “brecha de cuidado” (Figura 6). Mientras que la brecha en niveles socioeconómicos altos se ubicó en 9,3% para 2020, en el nivel bajo fue de

18,8%, es decir, más del doble. Esto potencialmente se explica por un menor poder adquisitivo limita la capacidad de las familias o de las propias personas mayores para acceder a cuidado remunerado o centros especializados. Así, se advierte que en 2020 tan solo un 1,5% de las personas mayores de nivel socioeconómico bajo recibían cuidado por parte de individuos que obtenían un pago por su labor. Esta proporción contrasta fuertemente con la observada para niveles socioeconómicos altos donde los cuidadores remunerados representaron un 8,7% del total.

Sin embargo, a pesar de esta marcada diferencia en el acceso a cuidado formal entre niveles socioeconómicos, una parte de la brecha observada en el nivel socioeconómico bajo, es cubierta por cui-

dadores de otros hogares que no reciben pago, representando el 18,6% del total (Figura 6). Esta cifra muestra cómo en grupos con menor poder adquisitivo la comunidad debe suplir parte de la brecha generada por la dificultad económica de acceder a centros especializados o contratar cuidadores. Dado el mayor grado de complejidad de las condiciones de vida de quienes se ubican en el nivel socioeconómico bajo, la prevalencia del cuidado no remunerado por miembros de otros hogares puede representar una carga adicional para los individuos del entorno, ya que no solo deben lidiar con las responsabilidades laborales y las necesidades del propio hogar, sino que además prestan asistencia a personas mayores de otros hogares sin recibir remuneración.

Figura 6. Distribución de cuidadores para mayores de 60 años que requieren de cuidado por nivel socioeconómico



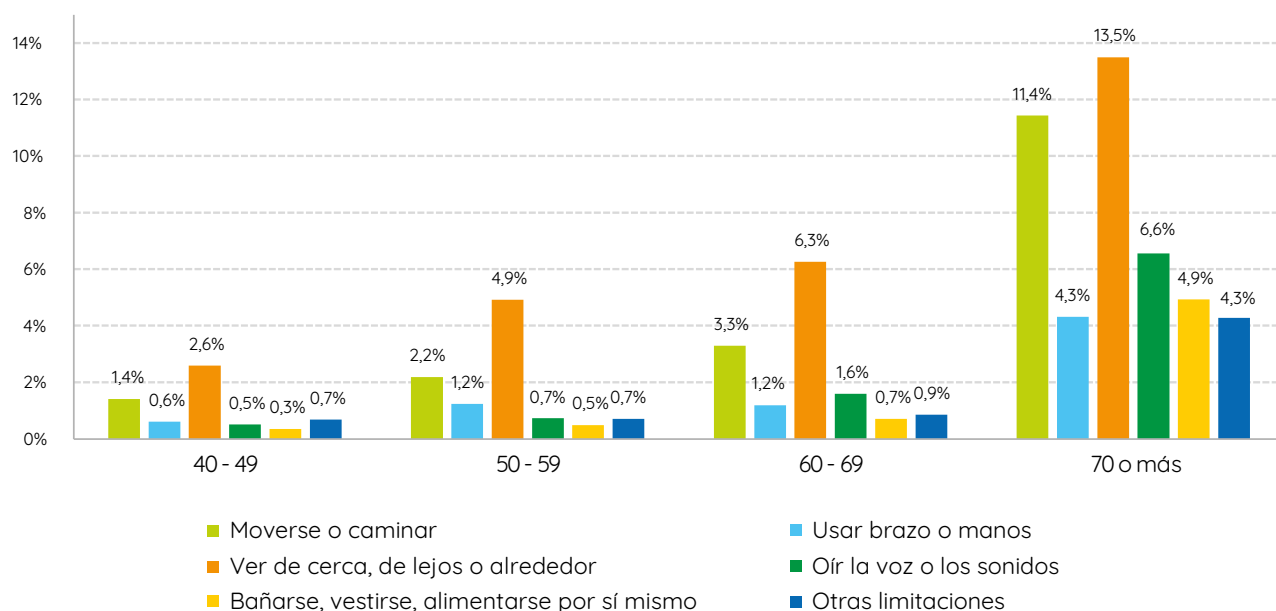
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Nota: El nivel socioeconómico de la cohabitación se definió 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.

Por otro lado, se observa que la necesidad de cuidado aumenta con la edad, en cuanto las limitaciones funcionales de las personas mayores también presentan una correlación positiva con la edad (Figura 7). De este modo, como evidencia la Figura 8, el rango etario de 70 o más concentra la mayor proporción de cuidadores remunerados. Por otro lado, a pesar del impacto

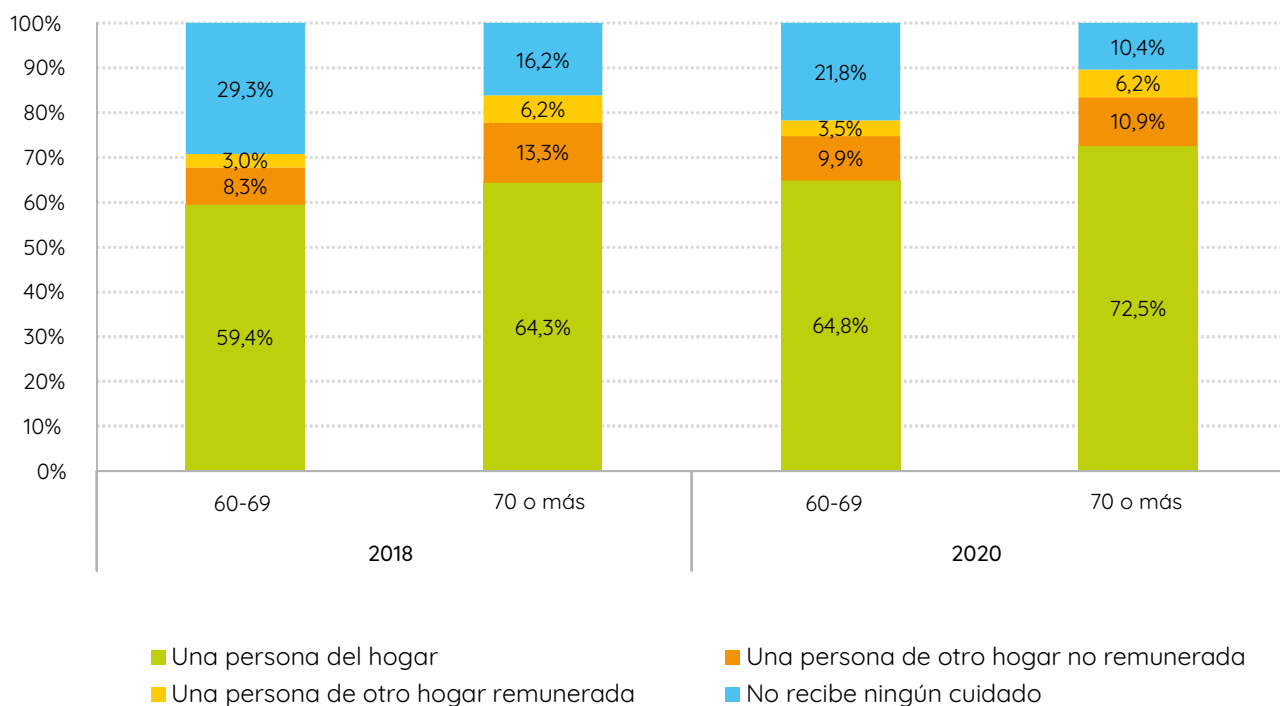
económico de la pandemia del COVID-19, la proporción de cuidadores que recibieron una retribución económica se mantuvo constante entre 2018 y 2020. Esto no ocurrió con el cuidado dentro del hogar, que presentó un aumento considerable en el mismo periodo de tiempo, explicando la reducción de 6 p.p. en la brecha de cuidado para las personas mayores de 70 años.

Figura 7. Porcentaje de personas con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

Figura 8. Distribución de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado por rango etario

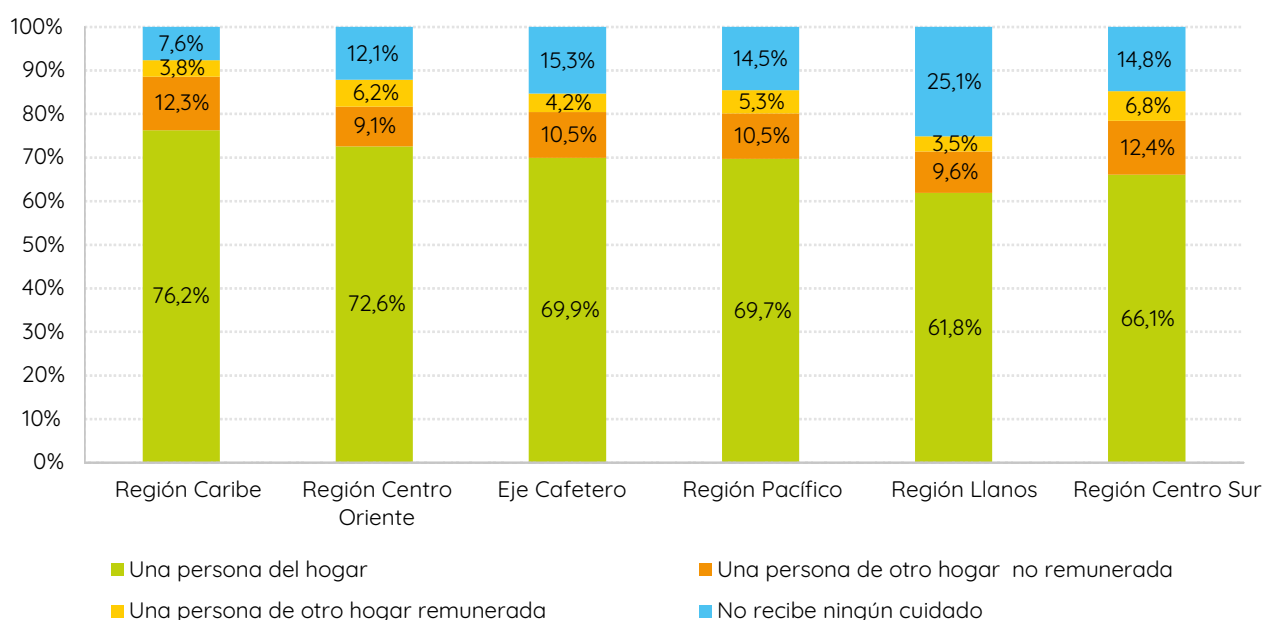


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Las diferencias mencionadas también se observan dentro del territorio colombiano, producto de la alta heterogeneidad cultural, económica y social de las regiones de Colombia. De este modo, en la Figura 9 se puede identificar que, aunque el cuidado dentro del hogar es preponderante en todas las regiones del país, la región Caribe presenta la mayor proporción de cuidadores dentro de la misma vivienda con un 76,0%, valor superior al prome-

dio nacional de 72,5% y significativamente mayor al del resto de regiones. Esto explica a su vez que el Caribe tenga la menor brecha de cuidado de entre las seis regiones administrativas (7,6%). A pesar de ello, llama la atención que la importancia del cuidado remunerado es secundaria, siendo el Caribe la segunda región con menor proporción de cuidadores formales (3,8%), solo superada por la región de los Llanos en la que tan solo equivale a un 3,5%.

Figura 9. Distribución de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado por región



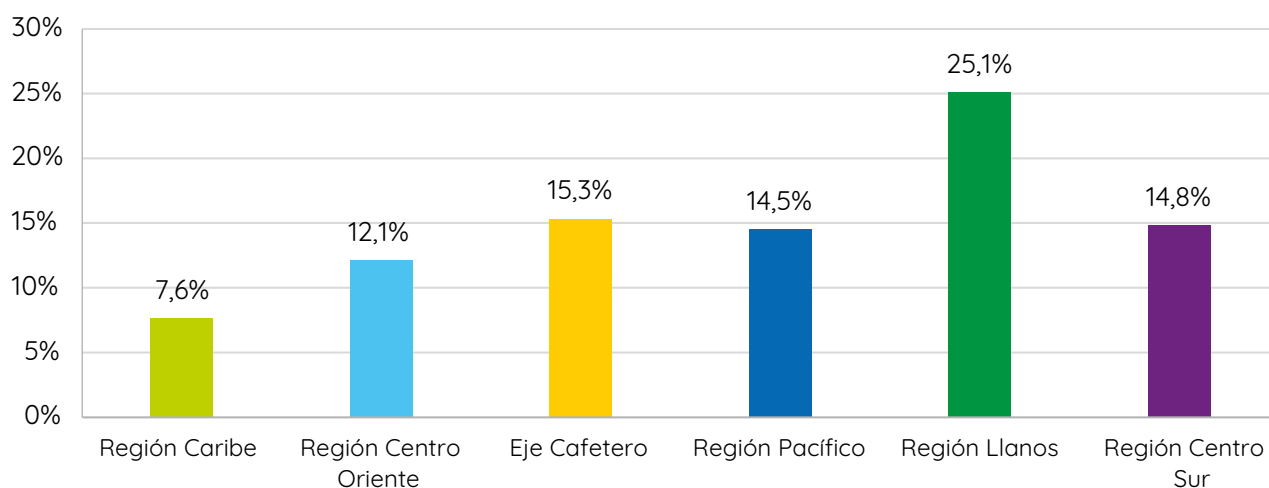
Nota: Los porcentajes se calculan sobre el total de personas mayores que requerirían algún tipo de cuidado.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

Esto no solo resalta el bajo acceso al cuidado remunerado a nivel nacional, sino su escaso impacto en la reducción de la brecha de cuidado. Tanto en la región con menor brecha (Caribe), como en la que mayor carencia de cuidadores presenta (Llanos), el cuidado formal no superó el 4% del total. La Figura 10 permite dimensionar de mejor modo las diferencias en cobertura de cuidado a nivel nacional. En particular es preocupante el caso de la región de los Llanos en la que el 25,1% de las personas mayores que requerirían cui-

dado permanecen solas. Esto se entiende en cuanto el territorio de los Llanos incluye dos de los departamentos con mayor vulnerabilidad económica del país: Guainía y Vichada. En específico Guainía es el departamento con mayor prevalencia de pobreza monetaria de Colombia. En 2020 el 65% de la población se encontraba por debajo de la línea de la pobreza y el departamento presentaba una brecha de cuidado equivalente a 27,6%, más del doble del promedio nacional para el mismo año (13,07%).

Figura 10. Porcentaje de personas que requieren cuidado y no lo reciben (brecha de cuidado) por región política administrativa



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2018 y 2020.

A la difícil situación económica que enfrentan estos territorios, reflejada también en el bajo nivel de cuidado remunerado de la región de los Llanos, 3,5% (Figura 9), se suma la alta dispersión geográfica y altos índices de ruralidad que disminuyen la participación de miembros de otros hogares no remunerados en el cuidado de personas mayores. Las largas distancias y la dificultad de movilización podrían ser factores explicativos de que tan sólo 9,2% de los cuidadores de esta región sean miembros no remunerados de otras viviendas. Por el contrario, se observa que,

en regiones como Caribe y Centro Sur, los cuidadores externos tienen mayor participación y contribuyen a cerrar la brecha de cuidado, supliendo, en parte, la baja participación del cuidado formal.

Así, frente a la ausencia del cuidado, los vecinos pueden ser un apoyo importante para aquellas personas mayores que no tiene el respaldo de un familiar o una institución para su cuidado. De ahí que una de las expertas entrevistadas reflexione sobre la importancia del cuidado desde un enfoque de reconocimiento comunitario.

“El cuidado como estar pendiente, pero (...) involucra no solamente al cuidador o al familiar, sino un núcleo más grande, involucra a los vecinos, involucra a la gente que vive en el barrio, que no es tan cercana; porque eso les da una sensación de reconocimiento y de pertenencia (...) entonces ese concepto de cuidado me parece que nosotros lo tendríamos que ir cambiando a más allá de proporcionar ayuda en las actividades de la vida diaria y es estar pendiente; es un reconocimiento (...), estar pendiente, conocer las palabras de ellos”.

(EP, experto n°1 en Cuidado y cuidadores).

De esta manera, es oportuno ver el concepto de cuidados no desde la dependencia, sino desde la vivencia y el compartir. Además, cuando el cuidado remunerado no es habitual, las comunidades pueden formar mecanismos de apoyo para generar arraigo entre sus miembros y así poder cuidar en algunas ocasiones de quienes lo necesitan. Como lo mostraron en los grupos focales el apoyo de la comunidad en la pandemia fue importante para aquellas personas que requerían algún tipo de cuidado, como las personas mayores.

“En mi vida personal mi comunidad si ayudó, tanto a mí como a mi familia; yo estuve los dos años de pandemia en Cali y mi mamá estuvo sola en Barranquilla. Con mi mamá sola, supremamente insegura de sí misma, porque todo la podía matar; los vecinos fueron la clave para que mi mamá estuviera bien, no le pasara nada, para que cuando estuviera angustiada, le lidiaran la angustia mis vecinos”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Barranquilla).

“Uno mismo ha creado la red con los vecinos, con el señor de la panadería, con el señor de la cafetería. Y hoy en día pues, uno tiene que moverse y resolver cosas, entonces por WhatsApp, uno pide el favor a tal persona que ayúdeme con tal cosa, que lleva algo a domicilio (...). Bueno, entonces (...) tenemos un grupo y precisamente nos reunimos por Zoom, realizamos bailes, lo que sepa tocar un instrumento lo toca; repartimos antes de reunirnos algo, así sea una gelatina con unas galletas a los que estamos reunidos, (...). Cuando alguien está enfermo del grupo que tenemos también, entonces nos apoyamos mucho, de pronto darle un caldito, estar pendiente de esa persona, en lo que podamos colaborar personalmente, lo estoy haciendo, lo he hecho y lo sigo haciendo”.

(GF n°2, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

“He tenido la bendición en el conjunto con una hermana mía de poder apoyar a una señora que no es de mucha edad, pero sufre de Alzheimer y tiene un hijo con una discapacidad grande, entonces ahorramos con mi hermana normalmente y le llevamos cada dos meses o si podemos o antes, un buen mercado para su casa, se le hace al mercado y se le llevó hasta su casa”. (GF, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

(GF n°2, hombres y mujeres de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

Sin embargo, dos de las seis regiones del país presentan una proporción de cuidado remunerado superior a la media

(5,25%). Tanto la región Centro Oriente, con un 6,2%, como la región Centro Sur, con un 6,85%, se ubican por encima del

promedio nacional de cuidado formal (Figura 10). La mayor participación de cuidadores económicamente retribuidos en los territorios mencionados se explica, en parte, por el mayor nivel de ingreso promedio de la población que habita estas regiones. Por ejemplo, la región Centro Sur incluye a la ciudad capital de Bogotá, donde la proporción de cuidado remunerado representa un 7,4% del total, valor que no solo es superior a la media nacional, sino que supera todos los promedios regionales de cuidado formal.

La desigualdad observada en términos de cobertura de cuidado entre niveles socioeconómicos y regiones del país representa un reto para el Estado Colombiano. Reducir la brecha de cuidado realizando con especial énfasis en los grupos y territorios más vulnerables es un desafío para el diseño futuro de políticas sociales. Las diferencias observadas reflejan que las desigualdades en ingresos y el nivel educativo no sólo tienen consecuencias sobre las generaciones jóvenes con mayor actividad en el mercado laboral, sino que se perpetúan en el tiempo afectando también a la población mayor del país.

4.3.3. Niveles de dependencia y el rol del cuidado

La presencia de limitaciones funcionales que dificultan la realización de las actividades diarias es un aspecto intrín-

secamente relacionado con el cuidado de las personas mayores. El grado de limitación que presenta la persona cuidada compromete en muchas ocasiones su nivel de independencia, forzándola a depender de otros para la práctica de actividades diarias como el uso del baño o la alimentación. Por ello, cobra especial relevancia profundizar en el estudio de las dinámicas de cuidado en torno a las limitaciones físicas o de salud, en cuanto pueden comprometer el bienestar de las personas mayores que requieren un nivel de cuidado más intensivo o especializado.

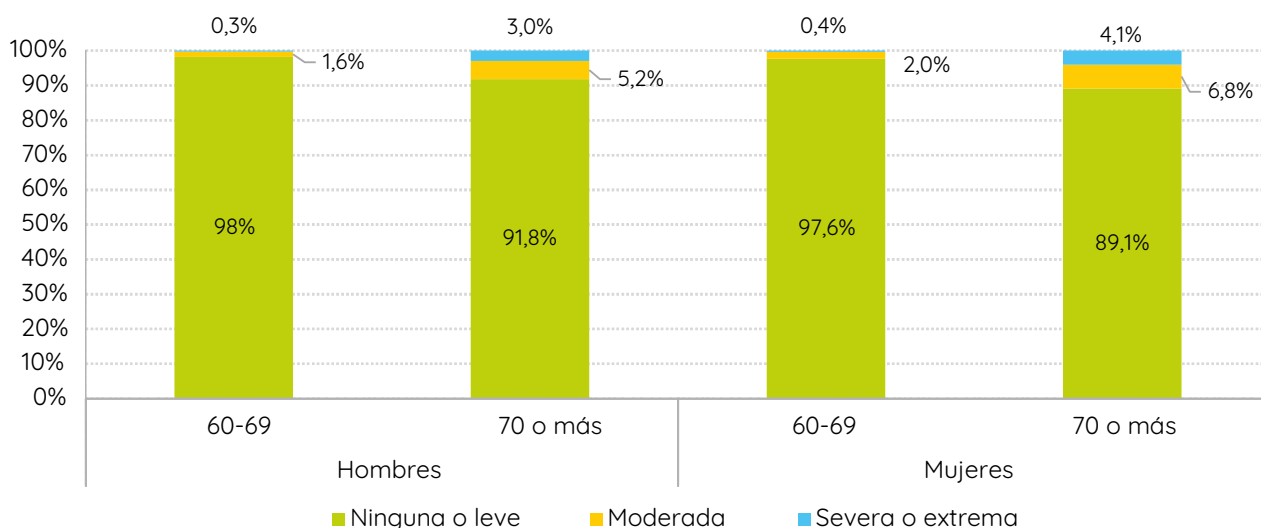
Una primera aproximación a la situación de salud de personas mayores en Colombia muestra que, en general, existe un alto grado de independencia en la población mayor. Utilizando el índice de Barthel de la encuesta SABE 2015, que permite de modo estandarizado identificar los grados de limitación en la realización de actividades diarias, se encuentra que tan solo un 5,4% de las personas mayores sufren discapacidad a nivel nacional. Profundizando en el análisis encontramos que existen diferencias al desagregar por sexo. Mientras un 4,4% de los hombres mayores presenta limitaciones leves o severas, un 6,5% de las mujeres reporta dificultades en la realización de actividades cotidianas.

Estas diferencias se acentúan más aún al analizar las limitaciones reporta-

das no solo diferenciando por sexo, sino también por grupo etario. De este modo la Figura 11 muestra cómo la mayor parte de la población mayor que reporta un grado severo o extremo de dificultad en las actividades cotidianas recae sobre los mayores de 70 años, y de modo más específico sobre las mujeres pertenecientes

a este grupo etario. Mientras un 3% de los hombres mayores a 70 años reporta limitaciones severas o extremas, un 4,1% de las mujeres de la misma edad se encuentra en esta situación. Lo anterior da a entender que existe una mayor demanda de cuidado intensivo en las últimas etapas de la vida.

Figura 11. Distribución según el grado de dificultad para realizar actividades diarias por sexo y por grupo etario



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de encuesta SABE 2015.

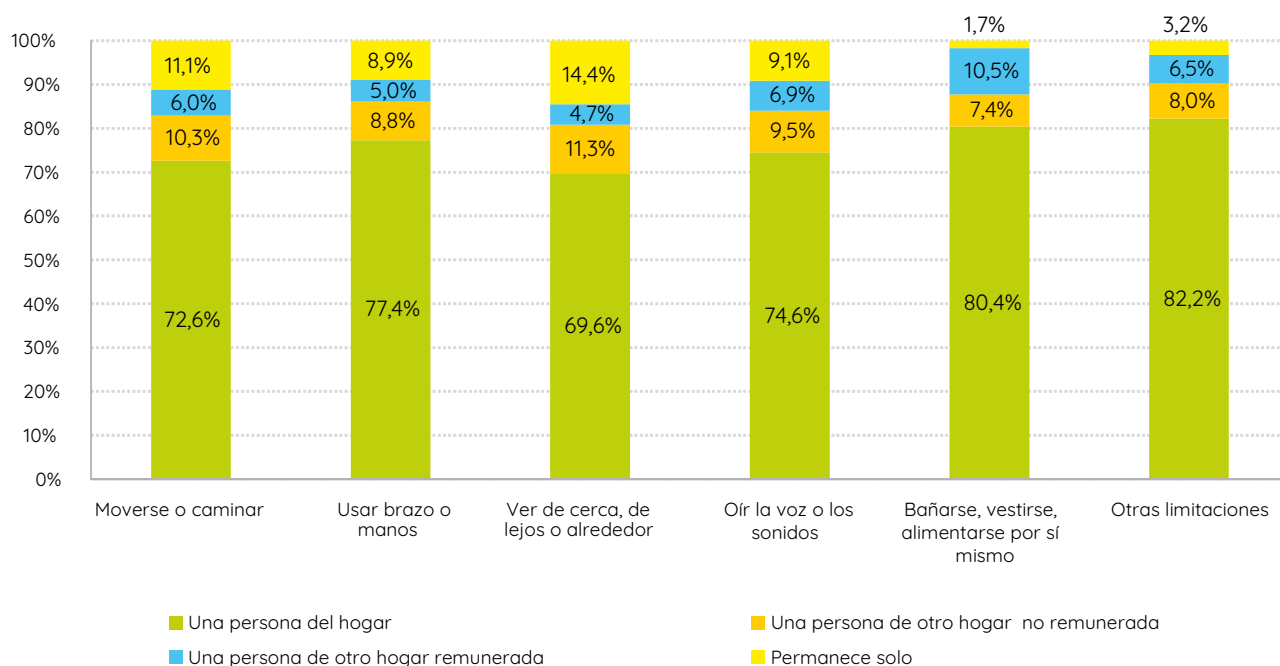
De este modo, en la Figura 12 se observa que la demanda de cuidado es mayor por parte de la población con algún tipo de limitación, superando en casi todos los casos a la media nacional de 5,6%. Específicamente, mientras más afectada se ve la funcionalidad de la persona mayor, como

la incapacidad de bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo, mayor proporción representan los cuidadores remunerados, llegando para el caso mencionado a representar un 10,5%. Eso se explica dado que un mayor nivel de dependencia por parte de la persona mayor requiere en

muchas ocasiones un cuidado más especializado y asistencia de cuidadores con formación médica. También se observa que este tipo de limitación reduce la participación de miembros de otros hogares no remunerados, que para la incapacidad de bañarse, vestirse y alimentarse representan

tan tan solo el 7,4%. Sin embargo, mientras la participación de individuos de otras viviendas en el cuidado disminuye, aumenta considerablemente la participación de los integrantes del mismo hogar, llegando a representar un 80,4%, es decir 6 p.p. por encima de la media nacional.

Figura 12. Distribución de quienes brindan cuidado a las personas mayores, según el tipo de limitación



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Lo anterior se puede entender porque las limitaciones más fuertes no solo afectan la funcionalidad física de las personas mayores, sino que a su vez aumentan su grado de dependencia y comprometen su privacidad. Por ello, existe una marcada

tendencia a preferir asistencia por parte de miembros del mismo hogar, con los que hay mayor intimidad o con cuidadores formales que han recibido formación para este propósito (Barnett & Quenzel, 2017). Por el contrario, los cuidadores de

otro hogar disminuyen su participación.

Por su parte, es positivo observar que la brecha de cuidado disminuye para las limitaciones más severas, llegando a cifras inferiores al 2%. Es más, realizando una comparación temporal se encuentra que respecto a 2018, en 2020 hubo una reducción de la brecha de cuidado para todas las limitaciones incluidas, siendo la más significativa la observada para quienes presentan dificultad para moverse o caminar, la cual pasó de 13,2% en 2018 a 11,1% para 2020. Parte de la reducción ob-

servada podría entenderse como consecuencia del COVID-19, en cuanto las medidas de aislamiento preventivo pudieron incidir en el aumento observado del cuidado dentro del mismo hogar por medio de la unificación de núcleos familiares previamente dispersos (3).

A lo largo de los grupos focales encontramos experiencias de algunas familias que se unificaron a causa de la pandemia para cuidarse y cuidar a sus seres queridos, como se muestra en los siguientes casos.

“A partir de la pandemia empecé a ser cuidadora, de dos personas mayores, a partir de eso, yo a veces pienso, la responsabilidad; la verdad es que, si estamos en la casa, listo yo la cuido, madrugo, ¿están bien?, ¿cómo amanecieron?, ¿qué les pasó?”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, estratos 3 y 4, Manizales).

“A finales del año pasado a la mamá de mi mamá le detectaron un cáncer terminal, estamos en todo ese proceso (...) de qué nuevo síntoma hay, cómo esta ella, cómo se está alimentando y (...) el papá de mi papá tiene 90 años (...) actualmente vive desde hace pocos días acá en la casa, porque también debido a, como todo el tema ligado al tema de la pandemia, que no salió mucho, debido al tema del Alzheimer y (...) a finales de enero le dio COVID-19, entonces a partir de ahí, él ya no puede caminar; entonces pues los cuidados se volvió súper delicados, en el caso de los dos, de distinta manera las dos persona que cuidamos actualmente en la familia”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, estratos 5 y 6, Bogotá).

“(...) mi abuela sí tuvo la oportunidad de convivir con mis tíos, mi papá porque tuvo la oportunidad de estar en cada una de las casas, generó un poco más de unión; digamos que la abuela es la persona que se queda en casa, todos se van y vuelven en la noche y no la ven todo el día, en cambio en este caso todos estaban en casa, compartían con ella, tenían la oportunidad de verla todo el tiempo, de hablar y demás y cada uno de los tíos tuvo la oportunidad de tenerla en cada una de sus casas”.

(GF, hombres y mujeres de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales).

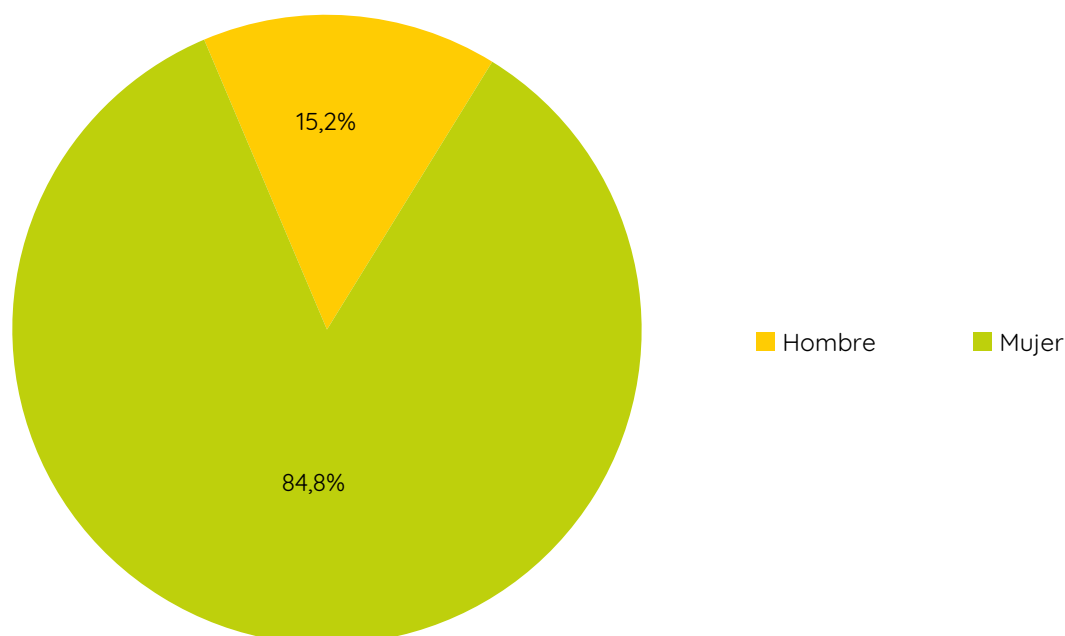
De esta manera, para algunos sujetos fue importante atender a las personas mayores a causa del acercamiento que pudo generar el COVID-19 y los confinamientos. En algunos hogares los lazos familiares permitieron acercarse más a quienes tienen más de 60 años.

4.3.4. Perfil y características de los cuidadores

Estudiar el perfil y las particularidades de los cuidadores de personas mayores es fundamental para comprender a profundidad las características y dinámicas propias del cuidado de la población ma-

yor en Colombia. Lo primero que resalta es que la mayor parte del cuidado de las personas mayores recae sobre las mujeres. En particular, como se observa en la Figura 13, en 2020 el 84,8% eran cuidadoras y no cuidadores. Esta tendencia, aunque con pequeñas variaciones, se ha mantenido en el tiempo, en 2018 el 86% del cuidado de personas fue brindado por mujeres, mientras que en 2016 esta proporción fue de 86,3%. En parte, esto se explica por el imaginario histórico que ha reforzado en Colombia la imagen de la mujer como principal encargada del cuidado y las labores del hogar, mientras que el hombre no se asocia comúnmente a estas actividades (ILO, 2014).

Figura 13. Distribución de los cuidadores de personas mayores, según sexo 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Por otro lado, la información de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020 evidencia que de los cuidadores de personas mayores dentro del mismo hogar un 23% participa activamente en el mercado laboral. Sin embargo, la gran mayoría, un 65%, reporta no poseer ningún empleo formal y dedicarse únicamente al cuidado y oficios del hogar. En particular, para quienes compaginan el cuidado con actividad laboral se dificulta el manejo del tiempo, lo que no solo puede afectar el bienestar del cuidador, sino que también

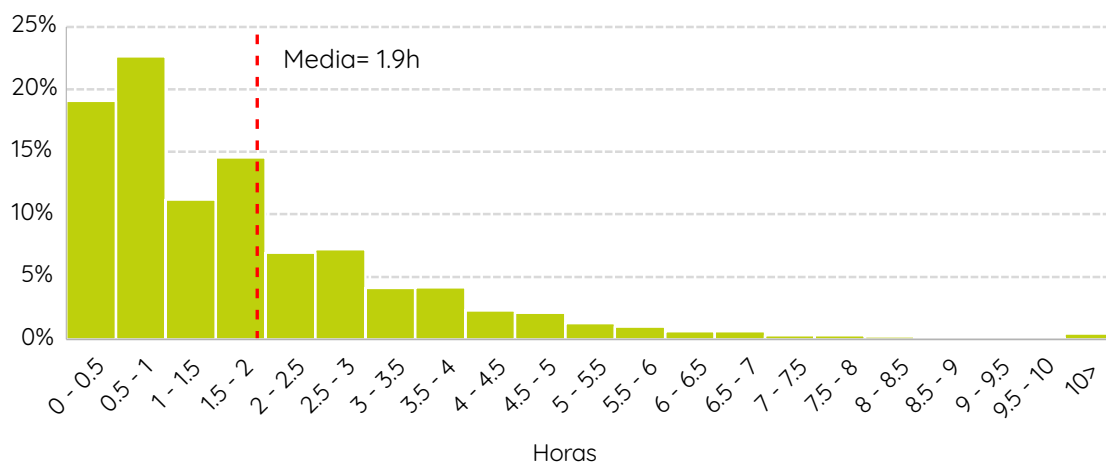
puede incidir en la calidad del cuidado y por ende el bienestar de la persona mayor cuidada. En este sentido la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2017 y 2021 permite analizar las diferencias en el uso del tiempo entre los cuidadores y cuidadoras respecto al resto de la población.

En primer lugar, se observa que entre 2017 y 2021 hubo un aumento en el promedio de las horas dedicadas al cuidado. De este modo, como ilustran las figuras 14A y 14B, en 2017 la media diaria de

cuidado se ubicaba en 1.98 horas y para 2021 aumentó a 2.3 horas diarias. Si se compara la distribución de ambos años se evidencia un leve desplazamiento a

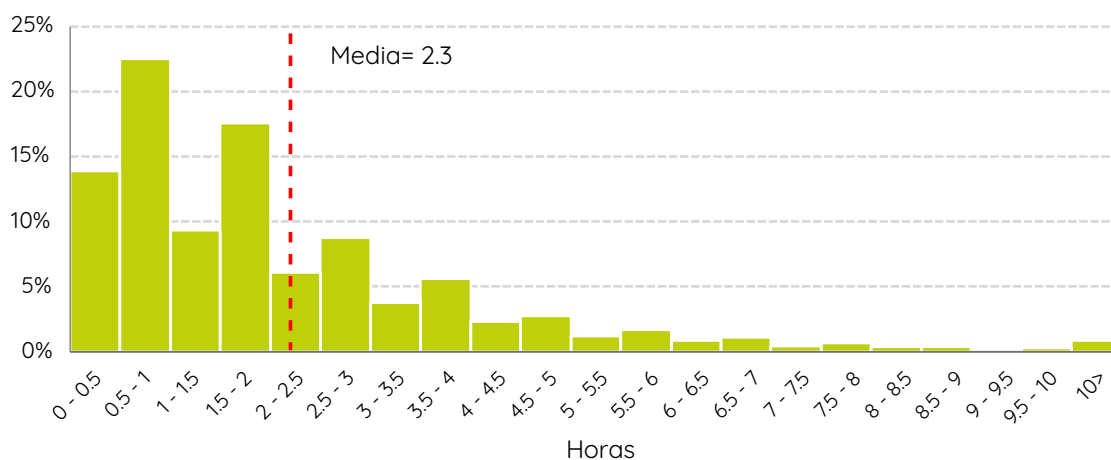
la derecha, movimiento que en parte se explica por el confinamiento y su efecto sobre las dinámicas de cuidado dentro de las familias.

Figura 14A. Distribución de las horas dedicadas a labores de cuidado y del hogar.
Total nacional 2016-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016-2017.

Figura 14B. Distribución de las horas dedicadas a labores de cuidado y del hogar.
Total nacional 2020-2021

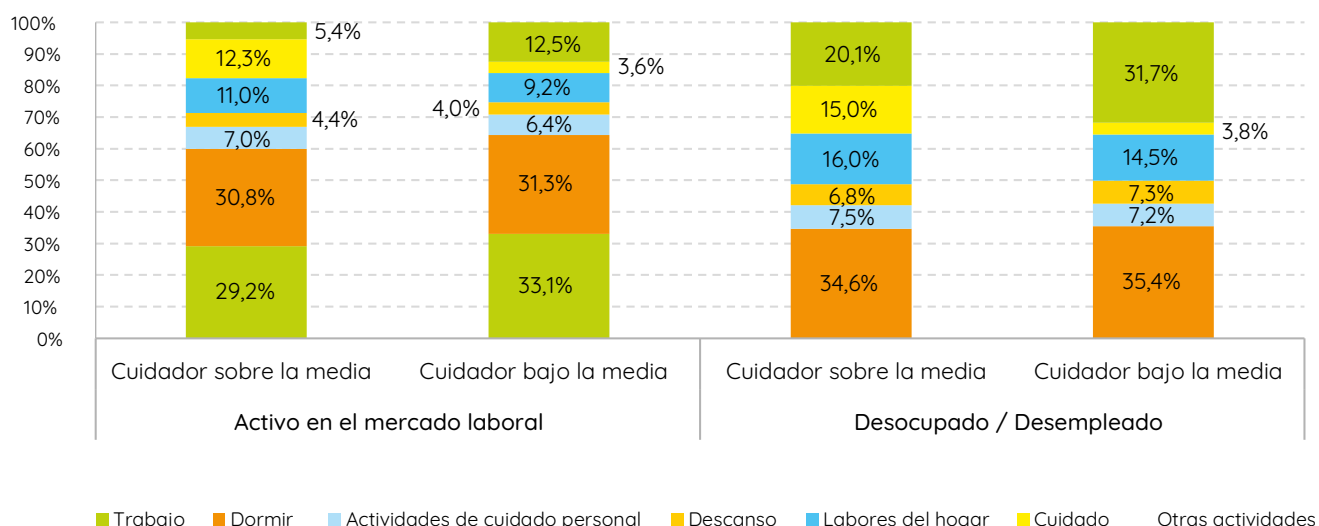


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2020-2021.

Las Figuras 15A y 15B ilustran las diferencias en el uso del tiempo entre los cuidadores por sobre la media y el resto de la población, distinguiendo entre quienes participan del mercado laboral y quienes se encuentran desempleados o inactivos. Así, observamos que para 2017 los cuidadores por sobre la media activos en el mercado laboral presentaban menor

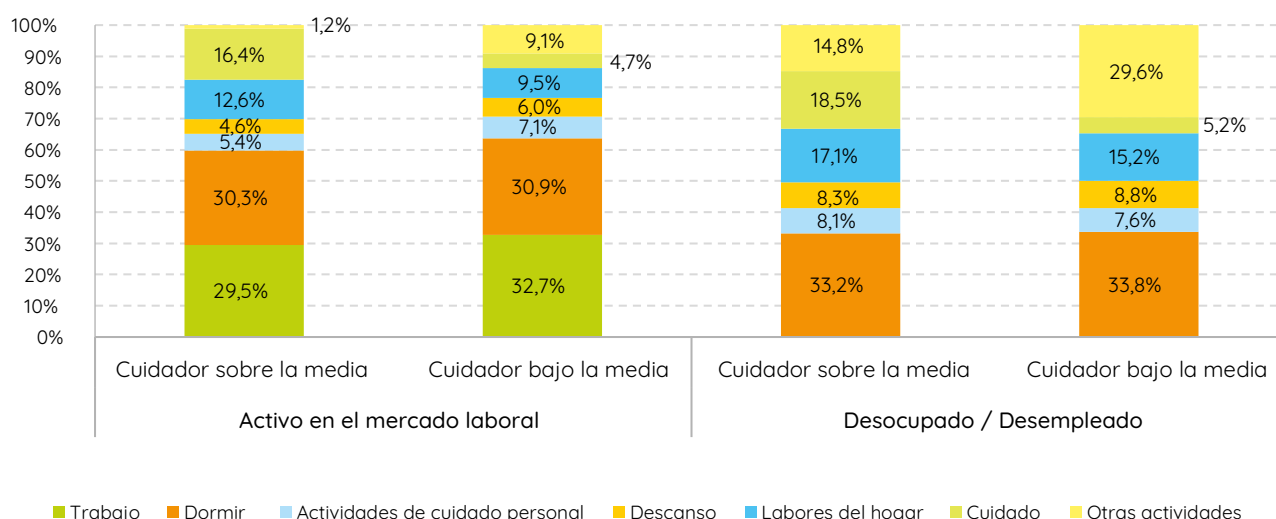
tiempo disponible para el trabajo remunerado que el resto de la población económicamente activa (aproximadamente una hora menos al día). Esta tendencia, aunque con una leve disminución, se mantuvo para 2021 ya que en este año los cuidadores habituales dedicaron en promedio 0.73 horas menos a actividades remuneradas que el resto de trabajadores.

Figura 15A. Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media.
Total nacional 2016-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016-2017.
Nota: Se considera "cuidador habitual" a quienes prestan cuidado por encima de la media nacional (2.3h).

Figura 15B. Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media, por total nacional 2020-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2020-2021.

Nota: Se considera "cuidador habitual" a quienes prestan cuidado por encima de la media nacional (2.3h).

Pero no solo existe una diferencia en las horas dedicadas al trabajo. También se observa que el tiempo de sueño de los cuidadores sobre la media y activos en el mercado laboral es menor que para el resto de la población. Así, para 2017 la diferencia en horas de sueño fue de 0.13 horas y para 2021 de 0.14. Por su parte el tiempo dedicado a las labores del hogar por parte de los cuidadores por sobre la media y activos en el mercado laboral fue un 2,2% (0.43 horas) mayor que el resto de la población en 2017 y para 2021 esta diferencia aumentó a casi una hora (3,1% del tiempo

del día). Por último, a pesar de que los cuidadores por sobre la media activos en el mercado laboral dedicaron 2.1 horas más al cuidado en 2017 que el resto de la población trabajadora y 2.82 horas más en 2021, en ambos años presentaron menor tiempo para el cuidado personal.

Es más, la brecha en el uso del tiempo no solo se presenta entre los individuos dentro del mercado laboral, también los cuidadores desempleados o inactivos disponen de menor tiempo de sueño, ocio y cuidado personal que quienes no son cuidadores habituales y no poseen empleo,

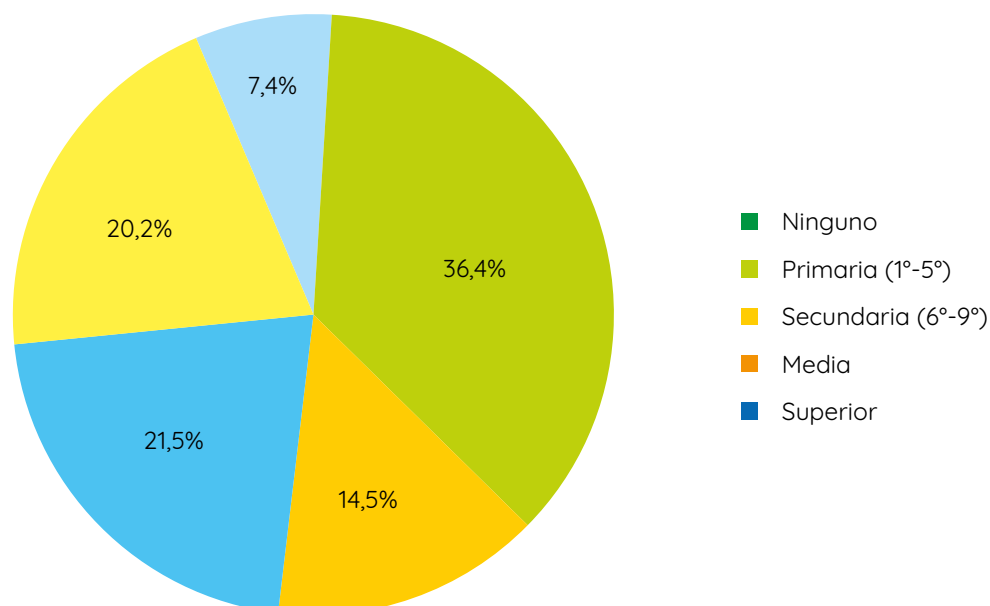
tanto para 2017 como para 2019.

Finalmente, también al comparar a los cuidadores habituales activos en el mercado laboral con los cuidadores que no tienen un empleo remunerado, se evidencia que quienes deben compaginar trabajo con cuidado poseen menor tiempo para el descanso (0,69 horas menos en 2017 y 0.9 en 2021), menor tiempo de sueño (0.92 horas menos en 2017 y 0.68 en 2021), menor tiempo de cuidado personal (0.13 horas menos en 2017 y 0.64 para 2021) y menor tiempo para otras actividades (3.54 horas menos en 2017 y 3.26 en 2021).

Todo esto evidencia que puede darse una profunda afectación en el bienestar de quienes dedican gran parte de su tiempo al cuidado de otras personas, por la existencia de un trade-off entre el tiempo de cuidado con el trabajo, el ocio, el sueño y las actividades de cuidado personal. Por otro lado, aunque los cuidadores sobre la media inactivos o desempleados también sufren de este trade-off, la afectación es mucho mayor para quienes se dedican al cuidado y deben participar del mercado laboral. Por ello, la prevalencia del cuidado no remunerado en Colombia, resulta en una afectación en el uso del tiempo para quienes deben compaginar las actividades laborales con las de cuidado, resultando con menor tiempo de sueño, tiempo libre y disponibilidad laboral.

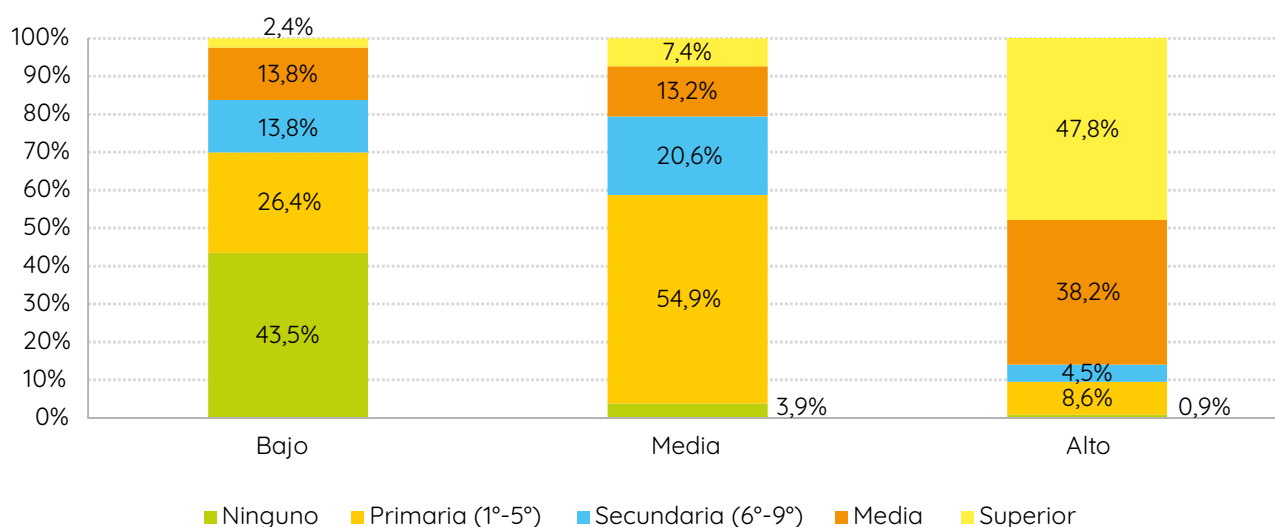
Por otro lado, adicional al uso del tiempo de quienes se dedican a labores de cuidado, la ECV 2020 permite analizar el nivel de capital humano presente en los cuidadores de personas mayores dentro del hogar. De este modo la Figura 16 muestra que el 50,9% de los cuidadores posee al menos educación primaria completa, el 20,2% educación superior y un 21, 5% educación media. Sin embargo, aún persiste un 7,4% que no posee ningún tipo de educación formal. Aunque esta cifra se redujo respecto a 2018, año en el que representaba un 8%, al desagregar por nivel socioeconómico podemos evidenciar que la mayor parte de los cuidadores sin ningún tipo de educación se concentra en el nivel socioeconómico bajo. Así, la Figura 17 muestra que el 44% de los cuidadores en este nivel no poseen ningún nivel educativo finalizado, mientras que para el nivel socioeconómico alto los cuidadores sin educación formal representan solo un 0,9%.

Figura 16. Nivel educativo de cuidadores del mismo hogar de personas mayores



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

Figura 17. Distribución del nivel educativo de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado del mismo hogar por nivel socioeconómico



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

La marcada desigualdad en el capital humano disponible se evidencia también al observar que a medida que aumenta el nivel socioeconómico también se incrementa la presencia de cuidadores con educación superior o media. Así, mientras que para el nivel bajo tan solo un 2,4% de los cuidadores dentro del hogar reportaba haber cursado estudios superiores, para el nivel alto esta proporción ascendió a 47,8% (Figura 16). Por ello, en cuanto el nivel de capital humano del cuidador podría incidir en la calidad o eficiencia médica del cuidado brindado, las profundas desigualdades observadas en términos de años de educación presentan un reto de política a futuro.

En conclusión, una aproximación a la distribución del capital humano de los cuidadores del mismo hogar resalta una profunda desigualdad entre niveles socioeconómicos, con una alta acumulación de cuidadores sin educación formal en los niveles bajos y una fuerte presencia de cuidadores con educación media y superior en el nivel alto.

4.3.5. Las mujeres y el cuidado de las personas mayores

Es evidente que en Colombia la mayor parte de la carga de cuidado recae sobre las mujeres. No solo el 84,8% de las personas dedicadas al cuidado de personas mayores dentro del hogar son mu-

jeres, sino que en su mayoría no reciben remuneración por las labores de cuidado realizadas y deben compaginar cuidado con participación en el mercado laboral, resultando esto en una sobrecarga y disminución del tiempo disponible para el descanso, el cuidado personal y otras actividades.

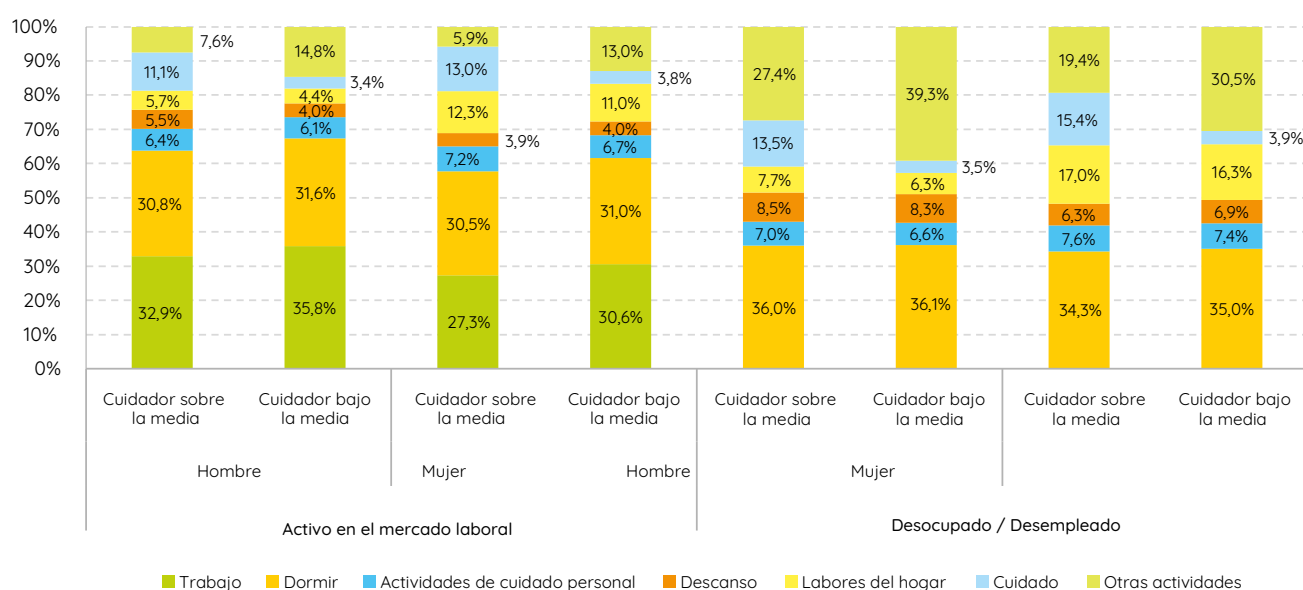
Por ello, esta es una problemática profunda que es fundamental abordar desde el diseño de política. Tal como desarrollan López y Holstine (2020) “El desequilibrio en el tiempo dedicado al cuidado se traduce en pobreza de tiempo, y esta limita que la mujer encuentre espacios para su participación en la actividad económica, la recreación, el descanso, y el goce integral de la vida familiar” (p.25).

Precisamente, un análisis desagregado por sexo muestra que el impacto del cuidado en el uso del tiempo es mayor para las mujeres sobre quienes recae la mayor parte de las labores del hogar y el cuidado de otros. Las Figuras 15A y 15B, basadas en datos de la ENUT permiten observar que tanto en 2017 como en 2021 las mujeres cuidadoras por sobre la media no solo presentaban un menor tiempo de sueño, descanso y trabajo que el resto de hombres que no se dedicaban al cuidado habitual, sino que también presentaban menor tiempo que los hombres cuidadores por sobre la media. Es decir, no solo existe una marcada desigual-

dad general entre hombres y mujeres en el tiempo dedicado al trabajo del hogar y el cuidado, sino que esta desigualdad persiste aún al comparar a las mujeres

cuidadoras únicamente con los hombres que dedican un tiempo por sobre la media a las actividades de cuidado.

Figura 18A. Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media por sexo.
Total nacional 2016-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016-2017.

Nota: Se considera "cuidador habitual" a quienes prestan cuidado por encima de la media nacional (1.98).

Mientras que para 2017 el promedio de horas dedicadas al cuidado por parte de los hombres cuidadores habituales fue de 2.66 horas al día, las mujeres cuidadoras en el mismo año presentaron un promedio de 3.11, lo que nuevamente evidencia la marcada desigualdad entre hombres y mujeres en la distribución de las cargas de cuidado (Figura 18A). Lo mismo ocurre

con las labores del hogar, las mujeres cuidadoras habituales en el mercado laboral dedicaron 1.9 horas más que los hombres bajo la media de cuidado a estas actividades, y 1.58 horas más que los hombres cuidadores habituales. Por otro lado, en 2017 las mujeres cuidadoras por sobre la media dedicaron 1.35 horas menos al trabajo remunerado que los hombres cuida-

dores y 2.04 horas menos que el resto de hombres bajo la media de cuidado.

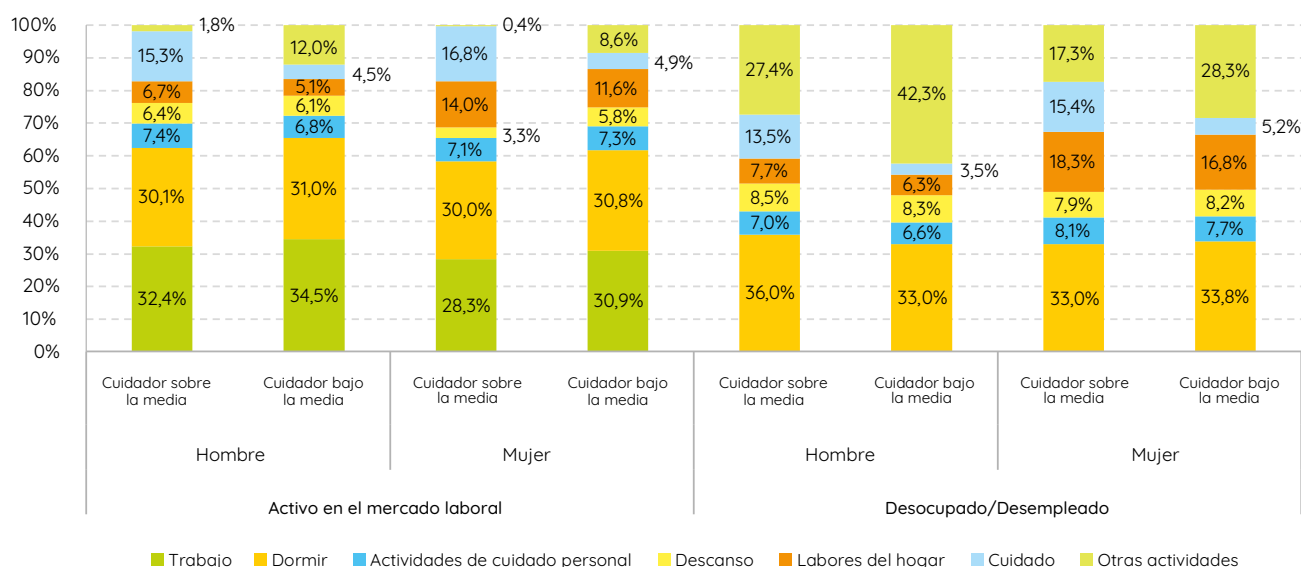
En cuanto el trade - off entre trabajo y cuidado también penaliza principalmente a las mujeres, esto resulta en una barrera de entrada al mercado laboral para la población femenina. Y el alcance de la problemática no acaba ahí, sino que el mismo fenómeno persiste aún fuera del mercado laboral. Así, como ilustra la Figura 18A, mientras que en 2017 un hombre cuidador sobre la media inactivo en el mercado laboral dedicaba 1.85 horas a las labores del hogar, las mujeres en la misma categoría dedicaron 2.24 horas más a estas actividades (4.09 horas diarias en promedio). Es más, las mujeres cuidadoras fuera del mercado laboral disponían de 0.52 horas menos de descanso y 0.4 horas menos de sueño que los hombres en la misma categoría.

Las diferencias entre hombres y mujeres cuidadoras tanto dentro como fuera del mercado laboral se acentuaron aún más con la pandemia. Diversos estudios desarrollados a nivel internacional muestran que el desbalance previo que se presentaba entre la carga de labores del hogar y de cuidado de las mujeres se profundizó con la llegada del COVID-19 (Cepal, 2020; IZA, 2022; Marketplace, 2020; Amarante, 2022). Para el caso colombiano, López y Holstine (2020) con datos de la encuesta Fescol-CiSoe identifican

que, para el grupo encuestado, previo a la pandemia el 49,3% dedicaba entre 1 y 4 horas diarias a las labores de cuidado, mientras que posterior a la llegada del -19-19 el 69,2% dedicó 5 horas o más a estas tareas y dentro de este grupo un 53,6% incluso dedicó más de 10 horas diarias al cuidado.

Datos más recientes respaldan las tendencias identificadas para 2020, ya no solo en Bogotá, sino con representatividad a nivel nacional. De este modo la Figura 18B permite evidenciar que en 2021 las mujeres cuidadoras fuera del mercado laboral dedicaron 4.39 horas diarias a las labores del hogar, es decir, 2.88 horas más que los hombres en la misma categoría ampliándose la brecha observada para 2017 en 0.46 horas. Lo mismo ocurrió con la participación laboral, mientras que los hombres cuidadores habituales dedicaron 7.77 horas diarias al trabajo remunerado, las mujeres dedicaron en promedio 6.8 horas diarias, es decir, aproximadamente una hora menos que los hombres.

Figura 18B. Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media por sexo.
Total nacional 2020-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2020-2021.

Nota: Se considera "cuidador habitual" a quienes prestan cuidado por encima de la media nacional (1.98).

En conclusión, un análisis del perfil de los cuidadores muestra que en Colombia el cuidado de personas mayores recae sobre las mujeres, tendencia que se ha perpetuado a lo largo del tiempo sin variaciones significativas. Por otro lado, se encuentra que son precisamente las mujeres que se dedican al cuidado de otros quienes sufren una mayor afectación en su participación en el mercado laboral, aunque tanto hombres como mujeres presentan un trade-off entre cuidado y tiempo de sueño, ocio o de trabajo.

4.3.6. Necesidades que se espera satisfacer a través del cuidado provisto

Como lo han mostrado los datos cuantitativos, el cuidado en Colombia recae principalmente sobre las mujeres, quienes dedican menos tiempo a actividades remuneradas que los hombres. Algunos expertos proponen incluir un enfoque de género en el cuidado, porque se busca que el cuidado sea una tarea compartida y no solo de una persona.

“Creo que también hay un enfoque de género en esto y es toda la carga que tenemos las mujeres con respecto al cuidado, con respecto a las responsabilidades de casa y demás, que creo que se hicieron mucho más evidentes en la pandemia ¿qué más? Creo que esos son como los aspectos más relevantes con respecto a los cambios post pandemia”.

(EP, experto n°1 en Bienestar y participación social).

“Siguen fomentando la idea que la mujer es la cuidadora, si tú no rompes la idea de que el cuidado solamente lo pueden prestar las mujeres, no estás haciendo nada, no estás liberando a las mujeres (...) nunca hemos tocado lo que es la división sexual del trabajo, seguimos aceptando que las mujeres son cuidadoras cuando por el amor de Dios hoy son tan o más proveedores que los hombres, (...) ¿en qué nos equivocamos? nos equivocamos en que no rompimos la división sexual del trabajo ¿cómo se rompe esa división sexual del trabajo? quitándole el cuidado a las mujeres y pasándolo a la economía, es la única forma, ¿cuándo hay igualdad? cuando una mujer y un hombre en el hogar se sientan y puedan tomar la decisión en las mismas condiciones (...) nosotros tenemos que desfeminizar el cuidado, eso es muy importante”.

(EP, experto n°3 en Cuidado y cuidadores).

“Pues yo creo que tampoco, y aquí vuelvo y digo: no todo fue malo y sabe por qué, porque sí estamos todos en la casa, los cuidados... hubo una mayor distribución de los cuidados y no fue toda la responsabilidad de la persona cuidadora que generalmente, pues aquí es una mujer y es una mujer que te teóricamente no trabaja, o sea que no está en el mundo laboral como tal, sino que está en la casa cuidando a esa persona mayor. Entonces me parece que estar todos en ese mismo espacio cambio esas, digamos, esas cargas y ayuda a una distribución”.

(EP, experto n°1 en Cuidado y cuidadores).

De igual forma, en el los grupos focales algunos entrevistados reconocen el trabajo y la responsabilidad que recae en el cuidador.

“(…) Pero pues yo sí considero que tengo una carga muy grande y que ser cuidador es un oficio que ojalá, que creo que igual, tanto la Fundación Saldarriaga como todos nosotros podríamos hacer mucho por darle un estatus, así como se le está dando el estatus al trabajo no remunerado de la mujer, buscarle una forma de que de que tenga un reconocimiento no solamente social sino financiero y económico, porque es clave, es clave. Y sobre todo en una sociedad que se va envejeciendo, se va enfermando, es un jugador clave en el bienestar de la sociedad como un todo”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

Es muy cierto, es una responsabilidad y es muy importante, y es que a veces no hay mucha conciencia de cuidar al cuidador, sí. Yo lo he visto y a mí me lo han insistido más personas que viven en Estados Unidos, de la importancia de cuidar al cuidador porque es una labor agotadora y las responsabilidades desgastan mucho”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Bogotá).

4.3.7. Del cuidado por parte de la población mayor

Al estudiar la oferta de cuidado encontramos que parte de las personas mayores además de participar de la demanda de cuidado, asumen también el rol de cuidadoras, brindando ayuda y asistencia a otros

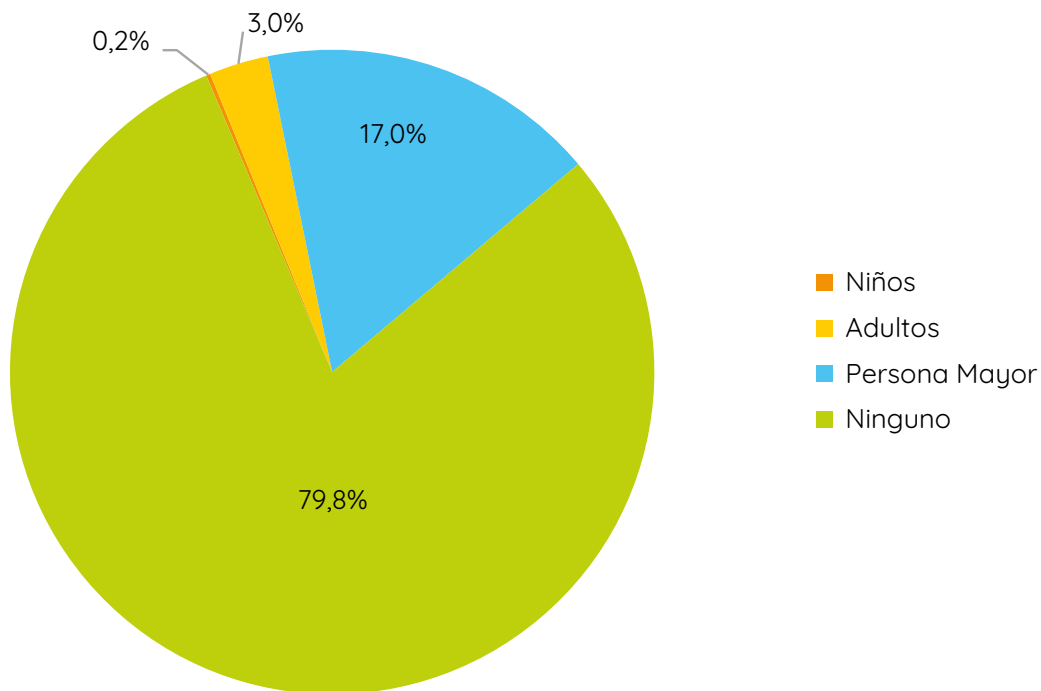
que así lo requieren. Por ello, es relevante profundizar en la provisión de cuidado por parte la población mayor, identificando sus principales características, así como su impacto en el bienestar y la distribución del tiempo de los cuidadores mayores.

De este modo, una primera aproximación a la distribución del cuidado

brindado por personas mayores evidencia que la mayor parte de las actividades de cuidado realizadas por individuos entre 60 y 69 años (un 17%) recae precisamente sobre otras personas mayores (Figura 19). En parte, esto se entiende al observar que un 9,6% de la población mayor cohabita únicamente con su pareja, hecho que propicia la existencia de

cuidado mutuo dentro del núcleo familiar. Adicionalmente, en aquellos hogares en los que la persona mayor no participa del mercado laboral, suele asumir el rol de cuidador de aquellas otras personas de su misma familia o vivienda que debido a su edad o por presentar alguna discapacidad o limitación requieren de cuidado.

Figura 19. Distribución de personas entre 60 y 69 años, según a quién cuidan



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016-2017.

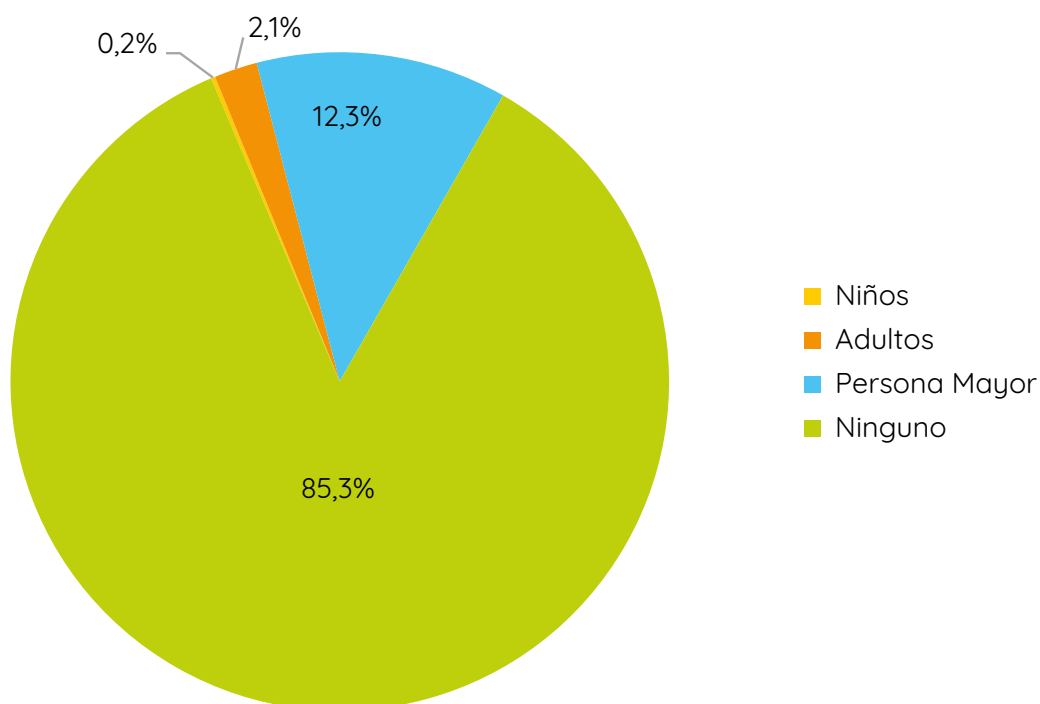
Sin embargo, aunque un 20,2% de las personas entre 60 y 69 años brinda cuidado, esta cifra se reduce en 4.7 p.p. para las personas mayores a 70 años, ya que para

esta población aumenta la probabilidad de presentar limitaciones o desgaste que les impide o dificulta brindar asistencia a otros, aumentando por el contrario su demanda

personal de cuidado (Figura 20). A pesar de ello, un 14,6% de los mayores de 70 años brinda algún tipo de cuidado, por lo general a otras personas mayores. Esto resalta la importancia de entender el cuidado de

modo dinámico y no unidireccional, ya que las personas mayores no sólo son receptoras de cuidado, sino que a la vez pueden ser cuidadoras, surgiendo así la particular figura del “cuidador cuidado”.

Figura 20. Distribución de personas mayores a 70 años, según a quién cuidan



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016-2017.

En los grupos focales encontramos casos de personas mayores que no solo son cuidadoras de personas mayores,

sino también de otros grupos poblacionales, de personas con discapacidad, de niños, niñas, adolescentes.

“En el caso de mi madre, ella cuida a mi abuelita, ella tiene alzhéimer y en muchos casos ella es también, ella es como una niña y también a veces no le gusta algo y como ella no oye, también entonces pues, toca gritarle a veces y ella como que lo mal interpreta y se pone a llorar o avece se enoja, o es varios caso yo le voy a dar la comida y ella como que le da rabia y como que pum y la tira entonces, como que uno no tiene paciencia, a veces por las noches se pone a cantar, se pone a llorar, yo tengo que estar en vela, así escuchándola, escuchándola, entonces si es un poco doloroso”.

(GF, hombres y mujeres, intergeneracional, Ipiales).

“Yo solo cuidando a mi madre, vive enferma, llevándola a los hospitales, llevándola a las clínicas, a veces me acompañan mis tías. Y ahí haciendo los quehaceres de la casa, ayudándole cualquier cosa. Yo tengo un hijo, ahí está mi hijo, también la está apoyando, nos está ayudando cualquier cosita, lo que dios nos da. Mi madre solo vive enferma, que a uno le da pena. No sé, me tocó ir al hospital de Ipiales a verle cómo le siguió del seno, a ver qué es que le dicen. Ahí estoy apoyándola a ella, asistiéndola que no le falte nada, y ahí cualquier cosita ya me voy a hacerle el mandadito donde haya cualquier cosita que hacer para traer cualquier cosita ahí en la casa, a veces me vienen a buscar y yo me voy a trabajar para que no les falta nada ahí en la casa, ahí en el hogar, ese ese el quehacer de uno, la obligación de uno”.

(GF, hombres y mujeres, mayores de 60, Ipiales).

“Actualmente vivo con dos nietecitos (...) de 12 años. Sí, yo los cogí pequeñitos aquí cuando llegamos para que mi hija trabajara, porque no tenía de más. Ella trabaja en Cali, internada. Pero yo mi hija que más me ayudaba se me murió hace mes y medio. Ella me tenía en el núcleo de ella, como ella murió ya no sé qué haga, ya no me alcanza para pagarle el arriendo. Estoy con los niños. Mi hija trabaja, ella cada dos meses los viene a ver, pero pues estoy baja de recursos”.

(GF, hombres y mujeres, mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Pasto).

“Yo vivo con dos hermanitos, las dos somos hermanas, tenemos un hermanito que es discapacitado. Nosotros lo cuidamos a él (...) tiene 57 años (...) Tiene poliomielitis, problema de retardo mental (...) Y ahorita él tiene es un 62% de discapacidad, mi hermana se encarga de bañarlo, yo de los alimentos, de la ropa, droga, porque él toma permanente, de por vida”.

(GF, hombres y mujeres, mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Pasto).

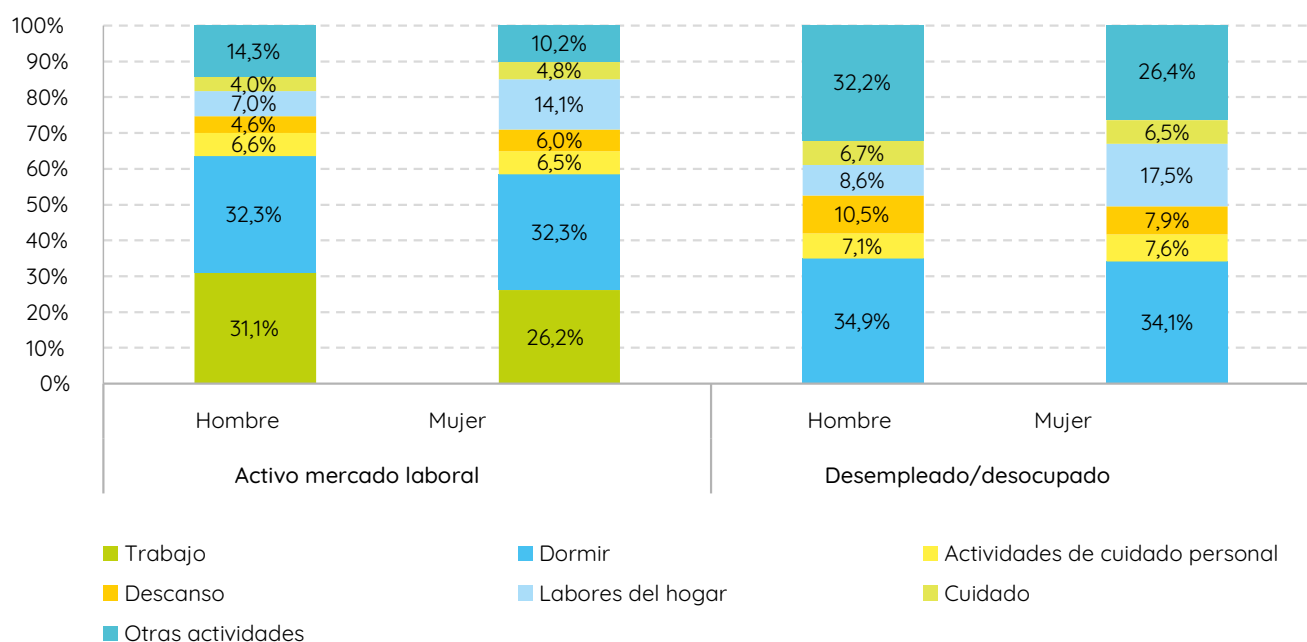
Por otro lado, un análisis del uso del tiempo de la población mayor muestra que las mujeres mayores dedican en promedio 4.2 horas al cuidado y labores del hogar ubicándose por encima de la media de la población colombiana. Lo contrario ocurre con los hombres mayores que dedican un tiempo considerablemente bajo, tan solo 2.06 horas, al cuidado y labores

del hogar (Figura 21). Mientras las mujeres mayores se encuentran 0.2 horas por sobre el tiempo promedio nacional de cuidado y oficios del hogar, los hombres mayores se encuentran 2.2 horas por debajo de este valor. Esto da indicios de que la imagen tradicional de la mujer como principal encargada y responsable del cuidado y del hogar se perpetúa en la vejez.

Es más, al desagregar entre sectores rurales y urbanos observamos que en el campo esta brecha es aún más pronunciada. Así las Figuras 21 y 22 nos muestran que mientras que en sectores urbanos las mujeres dedican un 17,14% al cuidado y el hogar, en el sector rural esta cifra aumenta a 20,3%, es decir 5.52 horas, cifra signi-

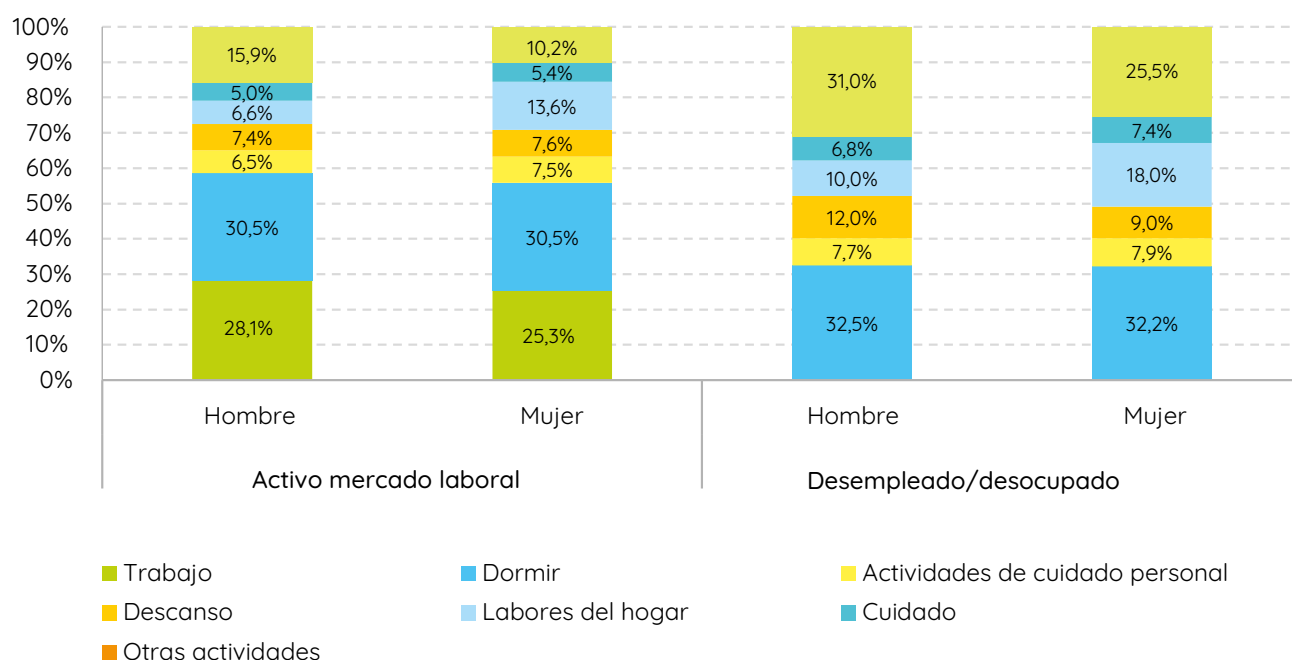
ficativamente mayor a la media nacional (4.02). Lo contrario ocurre con los hombres mayores, ya que, aunque en general dedican menos tiempo que las mujeres al cuidado, los hombres en sectores urbanos dedican más horas al cuidado y labores del hogar que aquellos que viven en sectores rurales.

Figura 21. Uso del tiempo de personas de 60 años o más. Total nacional 2016-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016-2017.

Figura 22. Uso del tiempo de personas de 60 años o más. Total nacional 2020-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2020-2021.

Sin embargo, mientras las mujeres dedican mayor tiempo al cuidado, los hombres mayores presentan una mayor participación en el mercado laboral, dedicando más tiempo al trabajo que las mujeres mayores. En particular en el sector rural los hombres dedican un 13,2% más de su tiempo al trabajo (3.16 horas más) que las mujeres mayores en su mismo territorio, e incluso un 8,1% más que los hombres viviendo en sectores urbanos (1.94 horas más). En parte, esto se entiende por la alta participación masculina en

los trabajos del campo, y por la necesidad económica, en ausencia de pensión, que en muchas familias induce a continuar trabajando a hombres mayores en edades en las que en sectores urbanos ya muchos se han acogido a la jubilación.

4.3.8. Bienestar de las personas recibiendo cuidado

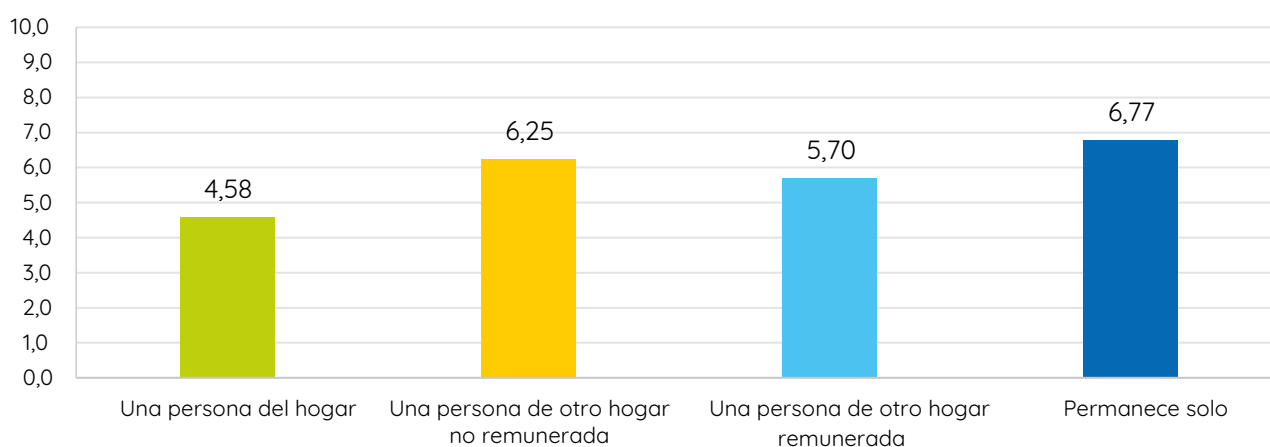
El cuidado está estrechamente vinculado con la calidad de vida y no se puede desligar de la percepción de bienestar, tanto de las personas cuidadas como de

los cuidadores. En particular, recibir o no cuidado durante la vejez, así como el tipo de cuidado recibido, puede incidir sobre el nivel de bienestar subjetivo que reportan los individuos. Precisamente, la ECV 2020 permite realizar un análisis descriptivo del bienestar por medio de la pregunta: ¿en una escala de 1 a 10 qué tan satisfecho se encuentra con su actual estado de vida? sirviendo como una aproximación al grado de bienestar auto-percibido.

De esta manera, como ilustra la Figura 23, existen variaciones significativas en la

media de bienestar reportada dependiendo del tipo de cuidado que se recibe. Llama la atención observar que aquellas personas mayores que viven solas a pesar de requerir cuidado tienen una media de 6.77, por encima de la reportada por las personas mayores recibiendo cuidado. Como lo muestran los resultados cualitativos, esto puede deberse a la satisfacción subjetiva resultante de la percepción de independencia y aparente autonomía, aun cuando exista alguna limitación moderada o grave por la que se debiese recibir cuidado.

Figura 23. Bienestar reportado por personas mayores (1-10), según tipo de cuidado



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.
 Nota: El bienestar se reporta en una escala de 1-10, siendo 10 (Muy satisfecho con el actual estado de vida).

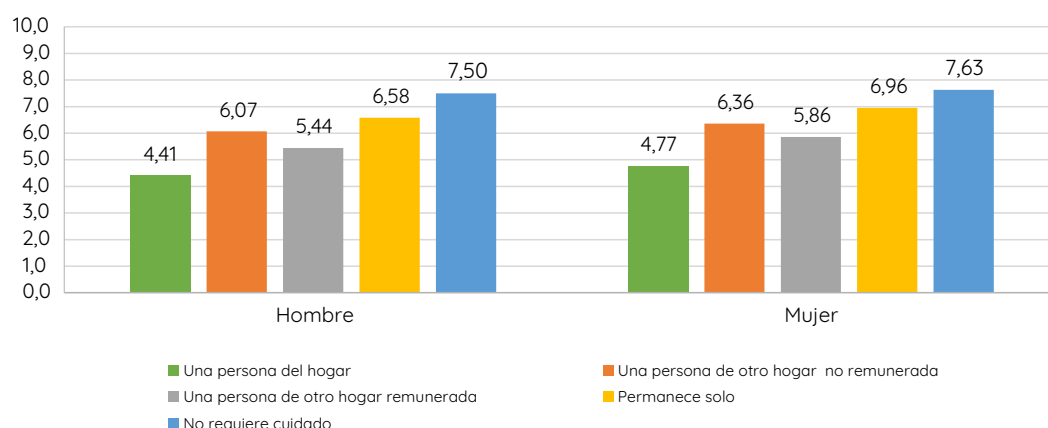
Por el contrario, las personas mayores cuidadas por personas de su hogar reportan el peor índice de bienestar con un 4.58 de 10. A la luz de las entrevistas mencionadas esto podría indicar que el cuidado no remunerado dentro del hogar implica una carga emocional adicional para la persona mayor cuidada, que en algunas ocasiones llega a percibir que son una carga más para su familia y seres queridos lo que la conflictúa (ver sección de resultados cualitativos).

Además, dentro de la población que recibe cuidado quienes mayor índice de bienestar presentan son aquellos que reciben cuidado con un 6.25 por parte de miembros de otro hogar, lo cual siguiendo la anterior línea argumentativa se entiende debido a que en este caso no existe una carga emocional de percibirse como una carga para el propio núcleo familiar, ni tampoco como

carga económica ya que el cuidado en este caso no es remunerado.

Por otro lado, al desagregar por sexo e incluir a las personas mayores que no requieren de cuidado (Figura 24), se evidencia que para todos los casos las mujeres presentan mayores índices de bienestar auto-percibido. Así, mientras los hombres que no requieren cuidado tienen una media de 7.5, las mujeres reportan un promedio de 7.63. Sin embargo, independientemente del sexo, aquellas personas mayores que no requieren de cuidado presentan índices considerablemente mayores, en cuanto no requerir cuidado se asocia directamente con un mejor estado de salud, una mayor autonomía e incluso una mayor independencia económica, todos aspectos que inciden directamente en la percepción de bienestar y calidad de vida de la población mayor.

Figura 24. Bienestar reportado por personas mayores (1-10), según tipo de cuidado y sexo



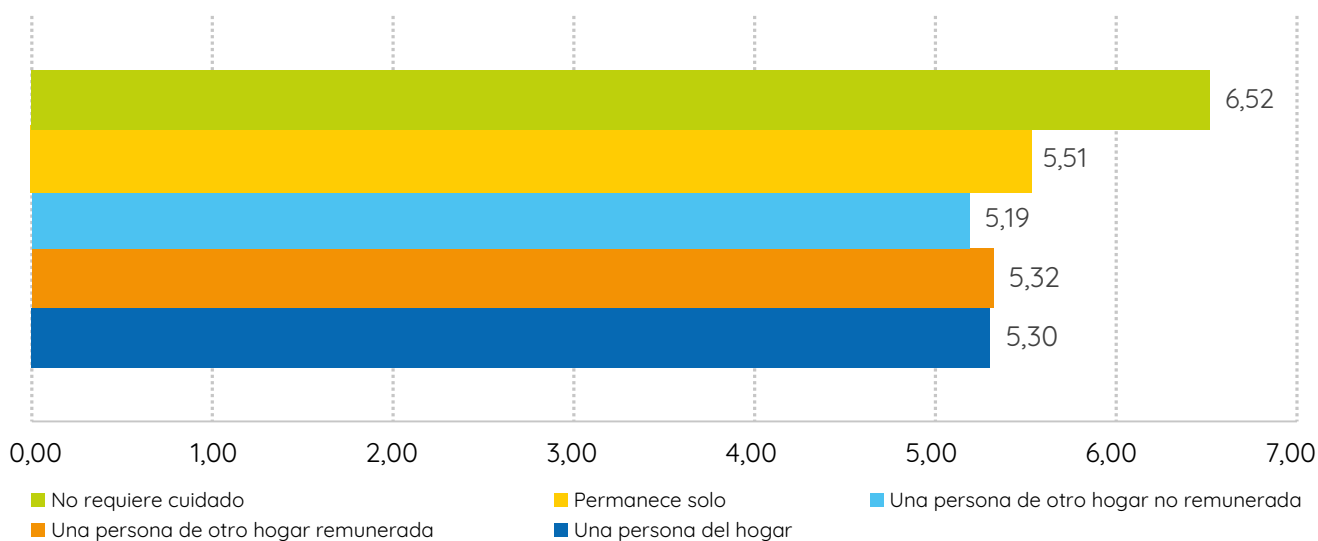
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

Nota: El bienestar se reporta en una escala de 1-10, siendo 10 (Muy satisfecho con el actual estado de vida).

Finalmente, la Figura 25 caracteriza la percepción de bienestar únicamente respecto al propio estado de salud, también en una escala de 1 a 10. Resaltando, en primer lugar, que, aunque para el bienestar general las personas mayores cuidadas por miembros no remunerados de otros hogares presentaban el mayor índice dentro de la población mayor reci-

biendo cuidado, en la percepción de salud presentan el valor más bajo con 5.19. Adicionalmente las personas mayores que no requieren de cuidado reportan un índice mucho mayor, en más de 1 punto, respecto a la población que demanda cuidado. Nuevamente esto se explica por la correlación entre independencia y mejor salud física.

Figura 25. Bienestar reportado respecto al propio estado de salud (1-10) por parte de personas mayores, según tipo de cuidado



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2020.

Nota: El bienestar se reporta en una escala de 1-10, siendo 10 (Muy satisfecho con el actual estado de salud).

4.3.9. Bienestar de las personas prestando cuidado

En cuanto el cuidado implica una relación interpersonal entre la persona mayor

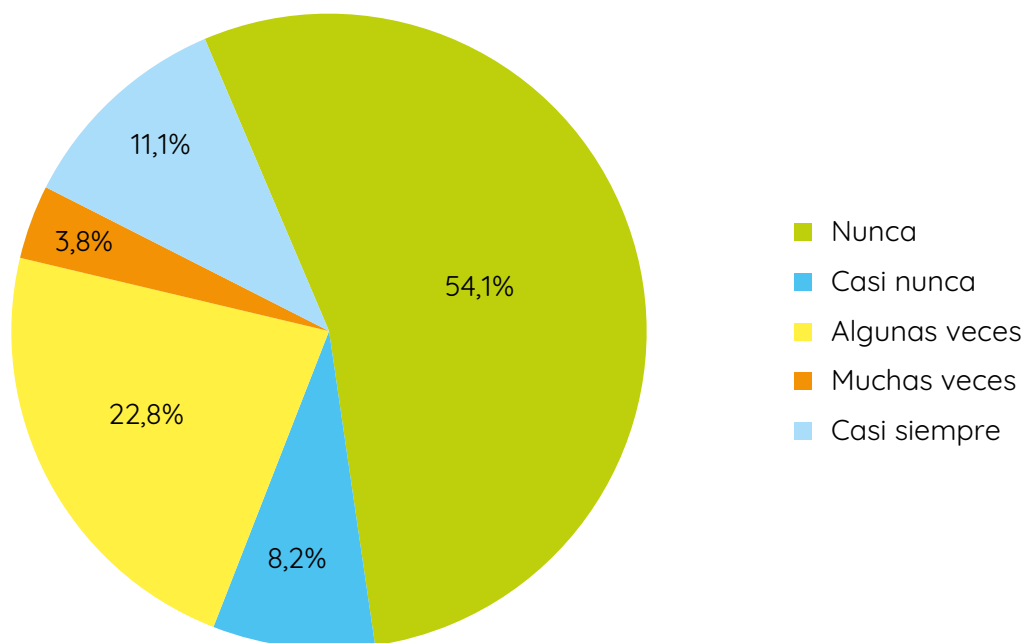
cuidada y el cuidador, tiene consecuencias sobre la dimensión afectiva, la rutina diaria e incluso la percepción de la propia imagen de los y las cuidadoras. Por ello, es importante estudiar el potencial impacto que tie-

ne la realización de labores de cuidado sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas cuidadoras.

En primer lugar, la encuesta SABE cuidadores 2015, en la cual se entrevistaron a más de mil cuidadores y cuidadoras de personas mayores de diversas regiones de Colombia, nos permite aproximarnos a la percepción de sobrecarga y uso del tiempo por parte de las personas que brindan cuidado. De este modo la Figura 26 muestra que, aunque la mayor parte de los cuidadores (62,3%) reporta que nunca o casi

nunca siente que el tiempo para el cuidado y actividades personales es insuficiente, un 14,9% reporta que siempre o casi siempre no dispone de suficiente tiempo libre o de ocio para las actividades personales. Esto indica que, aunque la mayor parte de los prestadores de cuidado están conformes y pueden compaginar el cuidado de otros con la dedicación a las actividades propias y al tiempo libre, aún persiste un grupo considerable de cuidadores que no poseen suficiente flexibilidad para administrar su tiempo y reportan una sobrecarga de trabajo.

Figura 26. Pregunta a cuidadores: ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a la persona mayor, no tiene suficiente tiempo para usted?

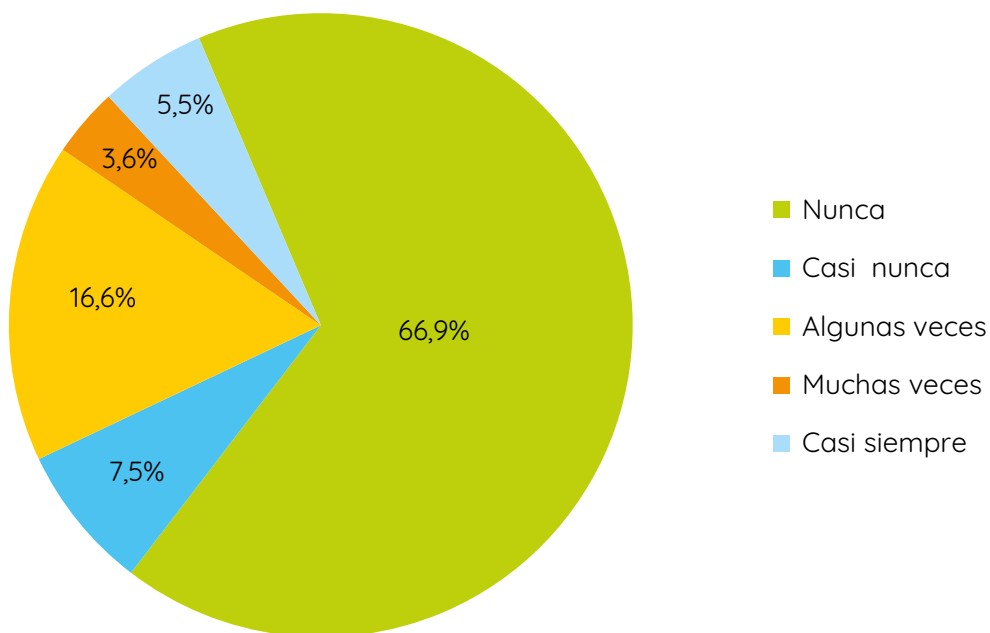


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta SABE Cuidadores 2015.

Específicamente, la Figura 27 nos permite observar que, aunque el 66,9% logra equilibrar el tiempo y esfuerzo dedicado al cuidado con otras responsabilidades personales como familia o trabajo, un 9,1% rara vez lo logran. Esto se entiende no sólo porque en determinados casos el cuidado de una persona mayor demanda una dedicación considerable de tiempo y esfuerzo, sino también porque de los cuidadores encuestados el 39,5% participa activamente en el mercado laboral y adi-

cional al cuidado debe asegurar tiempo para su trabajo. Particularmente en estos casos es más difícil que la persona que brinda cuidado disponga de tiempo suficiente para sí mismo, afectando directamente el bienestar del cuidador. En este sentido realizar un especial énfasis en los cuidadores que participan activamente en el mercado laboral es fundamental en el diseño de políticas públicas que busquen mejorar la calidad de vida de los cuidadores.

Figura 27. ¿Se siente agobiado al tener que cuidar a la persona mayor y tener que atender otras responsabilidades (por ejemplo, con su familia o en el trabajo)?

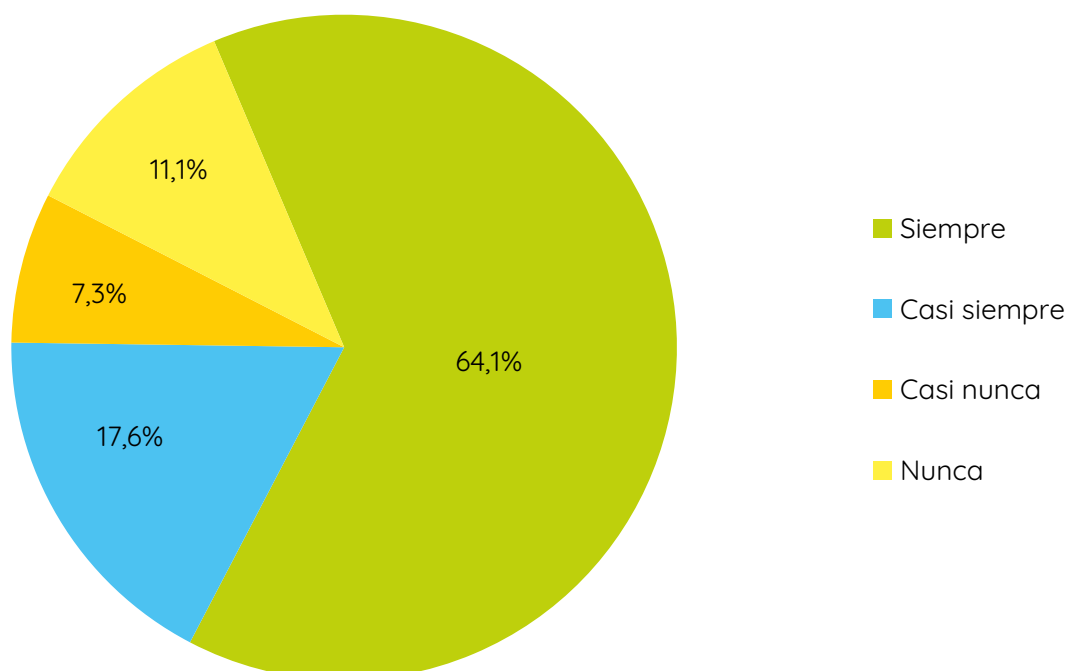


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta SABE Cuidadores 2015.

Por otro lado, al analizar la percepción que tiene los cuidadores acerca del reconocimiento de su trabajo, la Figura 28 nos muestra que en su gran mayoría sienten que siempre (17,6%) o casi siempre (64,1%) su trabajo es bien valorado, aunque persiste una proporción de 11,1% que cree que nunca se valora su actividad. Sin embargo, aunque en general la percepción del reconocimiento del cuidado es positiva, mejora al delimi-

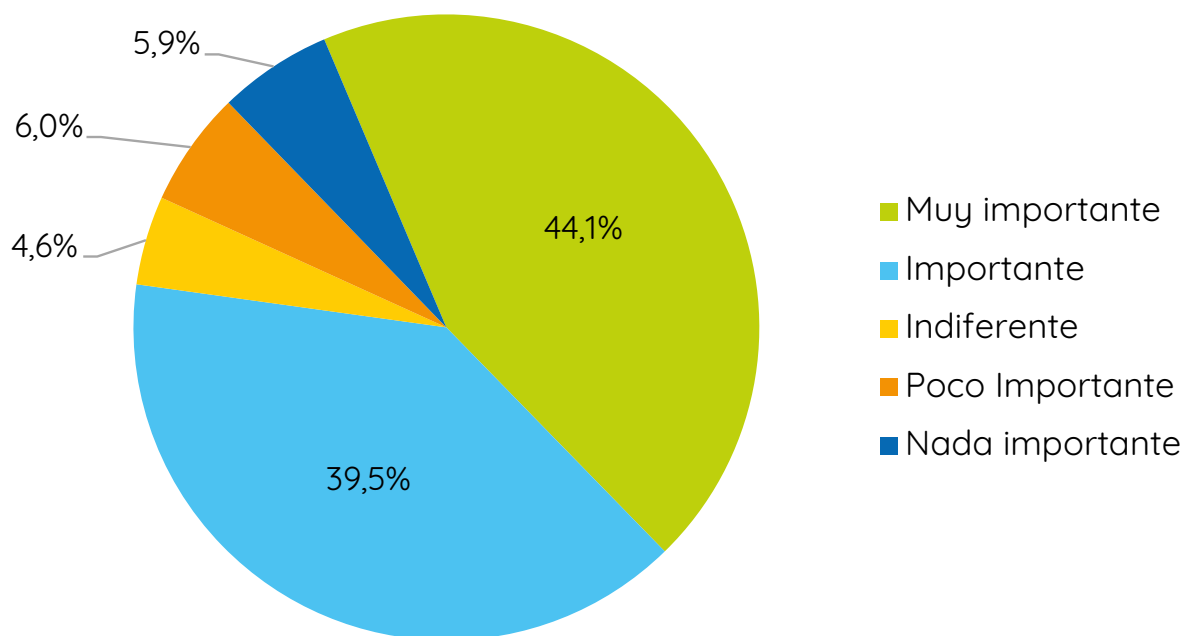
tarse únicamente a la valoración de la familia de la persona mayor cuidada. De este modo, como ilustra la Figura 29, un 83,6% de los cuidadores sienten que su labor es considerada importante o muy importante por parte de la familia del sujeto cuidado. Esto es fundamental en cuanto una buena relación del núcleo familiar de la persona cuidada con el cuidador es también determinante para las dinámicas de cuidado.

Figura 28. Pregunta a cuidadores: ¿Su labor como persona cuidadora familiar en general es bien valorada o reconocida?



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta SABE Cuidadores 2015.

Figura 29. Pregunta a cuidadores: Usted piensa que la familia de la persona que cuida, lo considera....



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta SABE Cuidadores 2015.

Esta aproximación a la valoración del cuidado es relevante no sólo para analizar el bienestar de la persona cuidada, sino del mismo cuidador, que recibe por medio de la valoración y el respeto por su trabajo una retribución subjetiva. En este sentido resaltar y reconocer la labor de los cuidadores de personas mayores, dentro del núcleo familiar o fuera de él, es también un eje fundamental que se debiese considerar en cualquier política de

apoyo o fomento del cuidado de la población mayor en Colombia.

4.3.10. Efectos derivados de la provisión de cuidado

Si bien hasta el momento los datos cualitativos han mostrado los efectos adversos del cuidado, sobre todo cuando este representa una sobrecarga para quienes conviven con las personas mayores; también hay situaciones en las cuales

los cuidadores se sienten satisfechos con su labor. Como se evidenció en un grupo focal de la ciudad de Bogotá, un hombre de 74 años se sintió pleno al estar pendiente de su suegra, quien tiene más de 85 años:

“Yo tuve la oportunidad de cuidar a mi suegra, ella tiene 85 años, sufre de Alzheimer y fue una experiencia para mí bastante enriquecedora”.

(GF, hombres mayores de 60 años, estratos 3 y 4, Bogotá).

En este caso una persona mayor sintió satisfacción al cuidar de otra persona de más de 60 años. Sin embargo, por decisiones familiares la mujer de 85 años se trasladó de hogar, lo que produjo malestar en su cuidador. Las palabras de satisfacción de aquel hombre evidenciaron que estar al tanto de una persona mayor con demencia también puede generar momentos gratos, pues no siempre existe un desgaste.

En la ciudad de Manizales también hubo un ejemplo de satisfacción por medio del cuidado, pero esta vez relacionado con el cuidado formal. Las voluntarias de la Fundación San Ezequiel Moreno, quie-

nes ejercen la enfermería, se sintieron nostálgicos al no poder visitar a quienes tenían más de 60 años durante la pandemia:

“Eso era muy satisfactorio para ellos y para uno, hacer esa visita esas personas y ellos con esa alegría que lo reciben a uno”.

(GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Manizales).

De esta manera, las voluntarias añoraban aquellos momentos en donde entraban en contacto con las personas mayores, pues se sintieron satisfechas al cuidarlos.

Como se evidenció en los dos ejemplos, el cuidado también permite que emerjan momentos gratos, en los cuales el cuidador percibe que sus tareas son reconocidas socialmente. Tanto en la práctica del cuidado formal como en la labor no remunerada el reconocimiento social es necesario para generar satisfacción en los sujetos. De ahí que la exaltación de los buenos momentos que constituyen el cuidado sea importante para incentivar este ejercicio.

4.4. Conclusiones



Los objetivos centrales de este capítulo fueron: 1) ofrecer un marco teórico para el concepto de cuidado de las personas mayores, 2) presentar modelos clave de cuidado a largo plazo en el mundo y en Colombia, y 3) basarse en criterios tanto cualitativos como cuantitativos, para analizar la situación de las personas que reciben cuidados de larga duración, así como de quienes brindan cuidados de larga duración en Colombia. El capítulo también prestó especial atención a los efectos de la pandemia de COVID-19 en la situación del cuidado en Colombia, así como en el bienestar de las personas mayores que reciben cuidado y las que brindan cuidados a largo plazo.

Con respecto al primer punto, el capítulo definió el cuidado de las personas mayores como el apoyo y la asistencia brindada por una persona a una persona necesitada (Ravazi & Staab, 2008). Las necesidades específicas en términos de cuidado a menudo están relacionadas con actividades (instrumentales) de la vida diaria, como bañarse, vestirse o comer, que se caracterizan por diferentes niveles de necesidad por parte de la persona mayor que se cuida.

Si bien el aumento en el número total de personas mayores en Colombia, en combinación con una creciente prevalencia de enfermedades crónicas en esta población, está conduciendo a una creciente demanda de atención, este proceso debe verse también en el contexto de un número cada vez menor de los niños, la urbanización y el aumento de la participación de las mujeres en la fuerza laboral.

Estos procesos están afectando de manera importante la relación y la dinámica entre la persona cuidada y el cuidador. Pese a que se discute el tema del cuidado de las personas mayores, el bienestar de la persona cuidada, en la mayoría de los casos, es el centro de atención, también es importante centrarse en el bienestar de los cuidadores. Por un lado, esto se debe a que el bienestar de los cuidadores es importante por sí mismo. Por otro lado, está bien documentado en la literatura científica que el cuidado de personas mayores a menudo presenta un desafío sustancial para el bienestar psicológico y físico de los cuidadores, que puede extenderse a la relación con la persona a la que se cuida (liu et al. 2020). Es importante destacar que con el estudio SABE de 2015, por primera vez existen datos que han permitido exponer el cuidado tanto desde la perspectiva de la persona mayor cuidado como del cuidador.

En cuanto al segundo punto, el capítulo discutió la situación de la atención a las personas mayores tanto a nivel mundial como en Colombia, además de describir diferentes modelos de atención a las personas mayores. Relacionado con este punto, una referencia clave es el marco ICOPE (guía para la evaluación centrada en la persona y vías en atención primaria) desarrollado por la OMS que se basa en los siguientes principios rectores: 1) las personas mayores tienen derecho a la mejor salud posible, 2) deben tener igualdad de oportunidades para acceder a los determinantes del envejecimiento saludable, independientemente de la condición social o económica, el lugar de nacimiento o residencia u otros factores sociales, y 3) la atención debe brindarse a todos por igual, sin discriminación, particularmente sin discriminación por motivos de género o edad (OMS, 2019).

Lo que queda claro de la revisión realizada en este capítulo es que no existe un modelo de “talla única” para lograr estos tres objetivos y que un sistema integrado de atención debe combinar tanto la atención domiciliaria como la institucional, en estrecha colaboración con el sistema de salud, asistencia social y educación. En Colombia, el tema del cuidado de las personas mayores ha llegado a la agenda política hace relativamente poco tiempo. Un desafío clave para Colombia cuando

se trata de discutir qué modelo de atención para las personas mayores debe desarrollarse en el futuro, es la falta de información integral y oportuna sobre los servicios de atención que se brindan en el país, así como su calidad (BID 2019). Esta información detallada es esencial para evaluar en qué medida el sistema actual satisface las necesidades de las personas mayores que reciben atención, así como las de sus cuidadores y la sociedad en su conjunto.

El tercer punto, analizar la situación tanto de las personas que reciben cuidados de larga duración como de las que brindan cuidados de larga duración en Colombia, ha sido el foco de este capítulo. Lo que ha quedado claro del análisis de los microdatos es:

4.4.1. La gran mayoría (70%) de las personas mayores que necesitan cuidados reciben cuidado no remunerado por parte de otro miembro del hogar

Si bien para Colombia no existen datos respectivos, en la mayoría de los países las personas mayores tienen fuertes preferencias por ser cuidadas en su hogar el mayor tiempo posible por familiares, con el fin de mantener sus lazos sociales y permanecer en su entorno familiar (Lehnert et al., 2018). En este sentido, es muy

posible que la circunstancia de que la mayoría de las personas mayores con necesidades de cuidado en Colombia reciban atención por parte de otro miembro del hogar concuerde con una preferencia general de las personas mayores por este tipo de atención. Al mismo tiempo, sin embargo, esto también destaca una serie de desafíos potenciales con respecto a la calidad de la atención que se brinda y la carga para los cuidadores.

En primer lugar, la circunstancia de que el cuidado lo brindan principalmente los miembros del hogar probablemente implica que el cuidador no ha recibido capacitación formal para brindar cuidado a personas mayores, lo que resulta en una falta de las habilidades necesarias. Esto es problemático ya que el cuidado de personas mayores es complejo y, según las necesidades específicas, incluye habilidades relacionadas con la ayuda en las actividades de la vida diaria (incluidas tareas como levantar y transportar personas mayores), el mantenimiento de normas de higiene, el control de condiciones de salud de la persona mayor (por ejemplo, toma de presión arterial), apoyo psicológico, suministro de medicamentos, interacción con otros miembros del hogar y la familia, así como referencias al sistema de salud. Como resultado, desafortunadamente es probable que muchos cuidadores no remunerados en Colombia

carezcan de las habilidades profesionales requeridas para brindar atención de alta calidad a las personas mayores, por lo tanto, no poder ayudar de manera efectiva a la persona cuidada a tener la mejor salud posible.

En segundo lugar, la circunstancia de que la mayor parte del cuidado de las personas mayores en Colombia es brindada por otros miembros del hogar, sin recibir un pago, es probablemente problemática para los cuidadores por varias razones. Por un lado, es probable que, en muchos casos, el familiar o miembro del hogar que cuida a la persona mayor haya tenido opciones reales limitadas al asumir este rol debido a una combinación de obligaciones morales, expectativas sociales y la falta de alternativas en términos de suministro de cuidado formal. Por otro lado, existen importantes desafíos a los que se enfrentan muchos cuidadores no remunerados, como la falta de reconocimiento social y el riesgo de exclusión social, las dificultades para combinar la prestación de cuidados con la participación en la fuerza laboral, las dificultades para tener ingresos y seguridad social adecuados, así como la y la carga mental del rol de cuidador.

Si bien es probable que estas cifras también se vean afectadas por el nivel de dependencia de las personas mayores que reciben atención, es interesante se-

ñalar que nuestros análisis de microdatos revelaron que el bienestar general de las personas mayores que reciben atención es menor entre las que son atendidas por un miembro del hogar que aquellos que están bajo el cuidado de una persona ajena a su hogar (ya sea remunerada o no remunerada). Potencialmente, esto último refleja la circunstancia de que la atención brindada por los miembros del hogar a menudo puede no ser suficiente y de menor calidad que la atención brindada por personas ajenas al hogar.

4.4.2.Existe una carga importante para el cuidador en Colombia

El análisis respalda la opinión que existe una carga importante para el cuidador. Por ejemplo, casi el 40% de los cuidadores de personas mayores informan que no tendrían suficiente tiempo para cuidarse a sí mismos, mientras que brindar más de cuatro horas diarias de cuidado se asocia con una reducción sustancial del tiempo disponible para el sueño y las actividades de ocio. Además de que la gran mayoría de los cuidados a las personas mayores en Colombia son brindados por miembros del hogar, sin remuneración, es crucial reconocer plenamente que estamos hablando principalmente de cuidadoras en lugar de cuidadores, dado que las mujeres representan el 85% de los cuidados.

En consecuencia, hablar de la carga del cuidador, en el caso de Colombia, hace referencia principalmente a las mujeres y los impactos potenciales que su provisión de cuidados puede tener en su bienestar físico, mental y socioeconómico.

La circunstancia que en Colombia la gran mayoría del cuidado de las personas mayores se brinde de modo no remunerado por parte de otros miembros del hogar o de la familia, también se relaciona con la circunstancia de que existe una brecha sustancial en cuanto a la provisión de cuidado. Debido a la urbanización en curso, con muchas personas más jóvenes que se mudan de las zonas rurales a las urbanas, así como a la reducción del tamaño de las familias, es probable que aumente la proporción de personas mayores que viven solas, lo que agravará la brecha de atención si no se realizan cambios al modelo de cuidado en Colombia.

Lo que queda claro a partir del análisis es que la brecha general de atención es también una brecha socioeconómica, así como una brecha entre las regiones del país. Por ejemplo, entre las personas mayores de nivel socioeconómico alto y con necesidad de cuidados solo menos del 10% vive solo sin recibir ningún tipo de atención, solo la mitad de la cifra correspondiente a las personas mayores de nivel socioeconómico bajo. Como muestran nuestros análisis, recibir atención de

una persona remunerada ajena al hogar es algo que solo las personas mayores de clases socioeconómicas más altas pueden permitirse. Aun así, con solo alrededor del 9% en el grupo socioeconómico más alto que recibe atención remunerada de una persona ajena al hogar, incluso en el grupo económicamente más privilegiado, la atención formal sigue siendo poco frecuente.

Por un lado, esto último puede deberse a preferencias hacia el cuidado por parte de los miembros del hogar o de la familia. Sin embargo, por otro lado, esto último también puede ser un indicador de la circunstancia de que aún existen pocos servicios asequibles y de alta calidad para el cuidado de las personas mayores en Colombia. En cuanto a las diferencias regionales, podemos ver que la brecha de atención es particularmente pronunciada en la región de los Llanos (25%), mientras que es moderada en la región del Caribe (7,6%). Si bien ha estado más allá del alcance de este capítulo analizar las causas exactas de las desigualdades en la brecha del cuidado, está claro que el tema es directamente relevante para el debate político y social más amplio sobre las desigualdades sociales.

4.4.3. Efectos de la pandemia del COVID-19 y cambios en la oferta y demanda de atención a las personas mayores en Colombia

En cuanto a los efectos de la pandemia del COVID-19, el análisis ha revelado varios cambios importantes en cuanto a la oferta y demanda de atención a las personas mayores en Colombia. En primer lugar, los datos muestran que entre 2018 y 2020 hubo un aumento del 7% en la proporción de personas mayores necesitadas de cuidados que reciben cuidados de un miembro del hogar, lo que se explica por un aumento de la convivencia intergeneracional por la pandemia. Aunque los datos no permiten evaluar cómo esto último afectó el bienestar de las personas mayores que reciben atención o sus cuidadores, la convivencia intergeneracional durante la pandemia, pudo haber resultado en una pequeña reducción en la brecha de atención para las personas mayores. Sin embargo, dado que los últimos datos son de 2020, no es evidente si este efecto fue sólo temporal o no.

Lo que parece un tanto sorprendente, dada la importante conmoción económica, es que la pandemia no provocó ningún cambio en el porcentaje de personas mayores que reciben cuidados formales por parte de una persona ajena a su ho-

gar, por lo que este porcentaje se mantuvo entre 5,4% y 5,6% en los años 2018 a 2020. Una razón de la falta de un efecto de la pandemia en la prestación de cuidados formales a las personas mayores puede ser que este tipo de atención se brinda predominantemente a las personas mayores del grupo socioeconómico más alto, que era menos afectados negativamente por la pandemia en términos de ingresos disponibles en comparación con las personas de grupos socioeconómicos más bajos.

4.5. Recomendaciones



» En primer lugar, cerrar la brecha de cobertura de atención entre las personas mayores, tanto en términos de cantidad como de calidad de los servicios que se brindan, debe considerarse un objetivo social fundamental. Para ello es necesario ampliar la oferta y la asequibilidad de los servicios formales de cuidado. En Colombia, ha habido algunos avances con respecto a la provisión de servicios de atención institucional públicos y privados, sin embargo, los servicios de atención do-

miciliaria siguen siendo casi inexistentes, especialmente para las personas más pobres y las que viven fuera de los principales centros de población. Si bien el sector privado puede desempeñar un papel importante en la prestación de dichos servicios en Colombia, dada la incapacidad de recursos económicos de la mayoría de los hogares colombianos para pagar la atención, parece necesario que el gobierno establezca un mecanismo de financiación adecuado. Con el propósito de generar financiamiento para un sistema nacional de cuidado existe un potencial importante en la formación y formalización de los cuidadores. Tal formalización de los roles de cuidado no solo podría brindar oportunidades de empleo, sino también ingresos fiscales para el gobierno.

» En segundo lugar, la salud socioeconómica, física y mental de los cuidadores, que en su gran mayoría son mujeres y no remunerados, debe ser una prioridad política y social clave. El enfoque debe ser multidimensional (UNECE, 2019). Primero, apuntar a aumentar el reconocimiento social y la inclusión de los cuidadores (no remunerados). Esto puede incorporar esfuerzos encaminados a incrementar la conciencia pública sobre las muchas

contribuciones de los cuidadores a la sociedad, así como las propias necesidades y desafíos a los que se enfrentan, acompañados de una evaluación formal de las necesidades específicas de los cuidadores (en diferentes contextos).

Adicionalmente, debe haber esfuerzos para conciliar la participación entre la fuerza laboral, la prestación de cuidados y la vida privada de los cuidadores (no remunerados). En varios países europeos, tales esfuerzos incluyen licencias pagadas para cuidados, horarios de trabajo flexibles y opciones de empleo a tiempo parcial.

Por lo tanto, es muy importante que los empresarios reconozcan la importancia de conciliar trabajo y cuidado en la regulación laboral. Para mejorar el bienestar de los cuidadores no remunerados es igualmente crucial asegurarles ingresos adecuados y seguridad social, por ejemplo, cubriendo sus contribuciones a salud y pensión. Al mismo tiempo, se podría mejorar el bienestar de los cuidadores no remunerados brindando más información, asesoramiento y capacitación, por ejemplo, ofreciendo líneas directas de apoyo, plataformas en línea con recursos y capacitación para las habilidades de cuidado.

Asimismo, la salud y el bienestar de

los cuidadores podrían mejorarse centrándose en las actividades de promoción de cuidados preventivos y buenas prácticas proporcionadas por el sistema de salud. Dado que la gran mayoría del cuidado no remunerado en Colombia es un servicio realizado por mujeres, es importante que dichas actividades tengan un claro enfoque de género. La capacitación y los ejercicios divulgativos de conocimientos básicos en cuidados preventivos tienen el potencial no sólo de beneficiar directamente a los cuidadores, sino también indirectamente a la persona mayor que se cuida.

» Un debate social y político informado sobre el sistema ideal de atención requiere fuentes de información adecuadas. Desafortunadamente, falta en gran medida información detallada y oportuna sobre la atención en Colombia (Nieto & Elisa, 2019). En particular, existe una falta de información oportuna sobre las características de calidad de los servicios de cuidado formales y no remunerados que se brindan, así como la satisfacción de las personas mayores con estos servicios. No existe un registro completo de las instituciones que brindan servicios de atención en el país y la calidad y rentabilidad de sus servicios (BID, 2019).

Además, se evidencia un vacío importante con respecto a los microdatos de las personas mayores y sus cuidadores en Colombia. Aunque el estudio SABE de 2015 fue muy importante y completo, solo muestra una instantánea de un momento en el tiempo. La falta de datos oportunos y detallados sobre las personas mayores y sus cuidadores dificulta significativamente la investigación

sobre este tema, lo que podría proporcionar importantes aportes a los debates políticos y sociales relevantes sobre el futuro de los sistemas de atención. Por lo tanto, Colombia debería seguir el ejemplo de otros países de América Latina, incluidos Brasil, México y Costa Rica, e introducir un estudio de seguimiento longitudinal de las personas mayores y sus cuidadores.

4.6. Referencias



Aguirre, R., & Ferrari, F. (2014). La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: en busca de consensos para una protección social más igualitaria. Santiago de Chile. Chile: Naciones Unidas.

Alberti, R. (2020). Hacia una ‘nueva normalidad’ de la vejez y el envejecimiento en Uruguay. Significados, transformaciones y desafíos. In Fundación Opción Colombia - FUNDACOL, La vejez. Reflexiones de la postpandemia.

Banco Interamericano de Desarrollo (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia, Nota técnica del BID 1749. Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Colombia_es.pdf

Arango, L. G., & Molinier, P. (2011). El trabajo y la ética del cuidado. Medellín. Colombia.: La Carreta Social.

Béland F, Bergman H, Lebel P, Dallaire L, Fletcher J, Contandriopoulos AP, Tousignant P. Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Cana-

da. *Can J Aging.* 2006 Spring;25(1):5-42. English, French. PMID: 16770746.

Béland, F, Bergman, H, Lebel, P, Clarfield, Pierre Tousignant, André-Pierre Contandriopoulos, Luc Dallaire, A System of Integrated Care for Older Persons With Disabilities in Canada: Results From a Randomized Controlled Trial, The Journals of Gerontology: Series A, Volume 61, Issue 4, April 2006, Pages 367–373, <https://doi.org/10.1093/gerona/61.4.367>

Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Contandriopoulos, A. P., Tousignant, P., Brunelle, Y., Kaufman, T., Leibovich, E., Rodriguez, R., & Clarfield, M. (1997). Care for Canada’s frail elderly population: fragmentation or integration?. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l’Association medicale canadienne*, 157(8), 1116–1121.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], (2020). Sobre el cuidado y las políticas de cuidado. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado>

Cubillos Álzate, J., Matamoros Cárdenas, M., & Pera Caro, S. (2020). Boletines Poblacionales: Personas Adultas Mayores de 60 años. Oficina de Promoción Social Ministerio de Salud y Protección Social, 0 (0), 1-10.

Clarke, J (2021). Impacts of the COVID-19 pandemic in nursing and residential care facilities in Canada. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00025-eng.htm>

Doyal, L., Gough, I. (1994). Teoría de las necesidades humanas. Barcelona: Economía Crítica.

Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N, (1994). Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. J Am Geriatr Soc. Feb;45(2):223-32. doi: 10.1111/j.1532-5415.1997.tb04513.x. PMID: 9033525.

EP, experto en Bienestar y participación social N°1 (2022). Entrevista a profundidad realizada por la Fundación Saldarriaga Concha.

EP, experto N°1 en Bienestar y participación social (2022). Entrevista a profundidad realizada por la Fundación Saldarriaga Concha.

EP, experto N°2 en Cuidado y cuidadores (2022). Entrevista a profundidad realizada por la Fundación Saldarriaga Concha.

EP, experto N°3 en Cuidado y cuidadores (2022). Entrevista a profundidad

realizada por la Fundación Saldarriaga Concha.

Fajardo, R, Núñez, H, Rodríguez, M, & Castaño, A. (2020). Resilience in In-Home Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic. Revista Latinoamericana de Bioética, 20(2), 91-101. Epub April 23, 2021. <https://doi.org/10.18359/r/bi.4813>

Fortes Valdivia, P. (2020). COVID-19. Crisis y cambio Social. In Fundación Opción Colombia - FUNDACOL, La vejez. Reflexiones de la postpandemia

Galeano Marín, M. E. (2020). Vejez y relaciones intergeneracionales. Fundación Opción Colombia - FUNDACOL, La vejez. Reflexiones de la postpandemia.

GF, hombres mayores de 60 años, estrato 3 y 4, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres mayores de 60 años, estrato 5 y 6, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, hombres mayores de 60 años, Quibdó (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años 2, estratos 3 y 4, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años N°1, estratos 3 y 4, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años N°2, estratos 3 y 4, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años n°2, estratos 3 y 4, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años, estrato 1 y 2, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Barranquilla (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 18 a 40 años, estratos 3 y 4, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 40 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años N°2, estrato 3 y 4, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años, estrato 5 y 6, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por

la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años, estratos 1 y 2, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años, estratos 3 y 4, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM de 41 a 59 años, Quibdó (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM Intergeneracional 2, estratos 1 y 2, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM intergeneracional, estrato 5 y 6, Bogotá. (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM intergeneracional, estratos 1 y 2, Barranquilla (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM intergeneracional, estratos 3 y 4, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM intergeneracional, Ipiales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM intergeneracional, Quibdó (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM mayores de 60 años, estratos 1 y 2, Pasto (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, HyM mayores de 60, Ipiales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, estrato 1 y 2, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Bogotá (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

GF, mujeres mayores de 60 años, estratos 5 y 6, Manizales (2022). Grupo focal realizado por la Fundación Saldarriaga Concha.

Huenchuan, S., Rodríguez, R. (2015) Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México - Diagnóstico y lineamientos de política. Cepal.

International Labour Office (ILO), World Social Protection Report 2014/15. Building economic recovery, inclusive development and social justice, Geneva, 2014.

Institute of Labor Economics (IZA). 2020. "How the COVID-19 Lockdown Affected Gender Inequality in Paid and

Unpaid Work in Spain." Autor: Farré, Lúdia; Yarine Fawaz; Libertad González; y Jennifer Graves, En IZA Discussion Paper Series. no. 13434, Working Paper: 1-36. [July 1]. IZA, Bonn, Germany. En URL: <https://tinyurl.com/y2jqjp58>.

Lehnert, T., Heuchert, M. A. X., Hussain, K., & Koenig, H. H. (2019). Stated preferences for long-term care: A literature review. *Ageing & Society*, 39(9), 1873-1913.

Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 7(4), 438-445.

Meret-Hanke, L. Effects of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly on Hospital Use, *The Gerontologist*, Volume 51, Issue 6, December 2011, Pages 774-785, <https://doi.org/10.1093/geront/gnr040>

National PACE Association. (2019). The History of PACE. Retrieved from <https://www.npaonline.org/policy-advocacy/value-pace>

Nestor S, O' Tuathaigh C, O' Brien T. Assessing the impact of COVID-19 on healthcare staff at a combined elderly care and specialist palliative care facility: A cross-sectional study. *Palliative Medicine*. 2021;35(8):1492-1501. doi:10.1177/02692163211028065

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2015) Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2017) Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (No. WHO/FWC/ALC/19.1). Disponible en, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>

Ortega I, Sancho M & Stampini, M (2021) Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el COVID-19: Lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de los servicios. Disponible en <http://dx.doi.org/10.18235/0003111>

Razavi, S., & Staab, S. (2008). The Social and Political Economy of Care: Contesting Gender and Class Inequalities. United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), 34

Robles Silva, Leticia. (2005). La relación cuidado y envejecimiento: entre la

sobrevivencia y la devaluación social. *Papeles de población*, 11(45), 49-69.

Rogero, J. Los tiempos del cuidado, el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2009. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=628397>

Siette J, Dodds L, Seaman K, Wuthrich V, Johnco C, Earl J, Dawes P, Westbrook JI. The impact of COVID-19 on the quality of life of older adults receiving community-based aged care. *Australas J Ageing*. 2021 Mar;40(1):84-89. doi: 10.1111/ajag.12924. Epub 2021 Mar 8. PMID: 33682315; PMCID: PMC8250074.

Talley RC, Travis SS. Multidisciplinary coordinated caregiving : research, practice, policy. Springer Science & Business Media; 2013. 266 p.

Tobío C, Agulló Tomás MS, Gómez MV, Martín Palomo MT. Colección Estudios Sociales El cuidado de las personas Un reto para el siglo XXI. 2010.

United Nations Economic Commission for Europe [UNECE] (2019). The challenging roles of informal carers, UNECE Policy Brief on Ageing No. 22. Disponible en: https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE_WG1_31.pdf

4.7. Lista de figuras



- Figura 1.** Distribución de los adultos de 60 años o más según cohabitación
- Figura 2.** Distribución de personas mayores, según cohabitación y nivel socioeconómico
- Figura 3.** Cohabitación de personas mayores, según grupo etario
- Figura 4.** Tipo de cuidador de la persona mayor dentro del hogar.
Total nacional 2020
- Figura 5.** Distribución de cuidadores para personas mayores que requieren de cuidado
- Figura 6.** Distribución de cuidadores para mayores de 60 años que requieren de cuidado por nivel socioeconómico
- Figura 7.** Porcentaje de personas con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios
- Figura 8.** Distribución de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado por rango etario
- Figura 9.** Distribución de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado por región
- Figura 10.** Porcentaje de personas que requieren cuidado y no lo reciben (brecha de cuidado) por región político administrativa
- Figura 11.** Distribución según el grado de dificultad para realizar actividades diarias por sexo y por grupo etario
- Figura 12.** Distribución de quienes brindan cuidado a las personas mayores, según el tipo de limitación
- Figura 13.** Distribución de los cuidadores de personas mayores, según sexo 2020

- Figura 14 A.** Distribución de las horas dedicadas a labores de cuidado y del hogar. Total nacional 2016-2017
- Figura 14 B.** Distribución de las horas dedicadas a labores de cuidado y del hogar. Total nacional 2020-2021
- Figura 15 A.** Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media. Total nacional 2016-2017
- Figura 15 B.** Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media. Total nacional 2020-2021
- Figura 16.** Nivel educativo de cuidadores del mismo hogar de personas mayores
- Figura 17.** Distribución del nivel educativo de cuidadores de personas mayores que requieren de cuidado del mismo hogar por nivel socioeconómico
- Figura 18 A.** Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media por sexo. Total nacional 2016-2017
- Figura 18 B.** Uso del tiempo de cuidadores habituales y por debajo de la media por sexo. Total nacional 2020-2021
- Figura 19.** Distribución de personas entre 60 y 69 años, según a quién cuidan
- Figura 20.** Distribución de personas mayores a 70 años, según a quién cuidan
- Figura 21.** Uso del tiempo de personas de 60 años o más. Total nacional 2016-2017
- Figura 22.** Uso del tiempo de personas de 60 años o más. Total nacional 2020-2021
- Figura 23.** Bienestar reportado por personas mayores (1-10), según tipo de cuidado
- Figura 24.** Bienestar reportado por personas mayores (1-10), según tipo de cuidado y sexo
- Figura 25.** Bienestar reportado respecto al propio estado de salud (1-10) por parte de personas mayores, según tipo de cuidado
- Figura 26.** Pregunta a cuidadores: ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a la persona mayor, no tiene suficiente tiempo para usted?
- Figura 27.** ¿Se siente agobiado al tener que cuidar a la persona mayor y tener que atender otras responsabilidades (por ejemplo, con su familia o en el trabajo)?

Figura 28. Pregunta a cuidadores: ¿Su labor como persona cuidadora familiar en general es bien valorada o reconocida?

Figura 29. Pregunta a cuidadores: Usted piensa que la familia de la persona que cuida, lo considera....