

CORRESPONSABILIDAD SOCIAL Y SATISFACCIÓN DE NECESIDADES EN LA
ATENCIÓN A LA POBLACIÓN MAYOR VULNERABLE: ESTUDIO DE CASO EN UN
CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL DE BOGOTÁ, COLOMBIA.

VÍCTOR MANUEL ROMERO CIFUENTES

UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES - MACISO-
MANIZALES

2023

CORRESPONSABILIDAD SOCIAL Y SATISFACCIÓN DE NECESIDADES EN LA
ATENCIÓN A LA POBLACIÓN MAYOR VULNERABLE: UN ESTUDIO DE CASO EN UN
CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL DE BOGOTÁ, COLOMBIA.

VÍCTOR MANUEL ROMERO CIFUENTES

Tesis de Grado
Maestría en Ciencias Sociales
-MACISO-

Director
David Osorio García
Máster en Ciencias Sociales

UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES - MACISO-
MANIZALES
2023

Contenido

Contenido	3
1. Introducción	10
2. Antecedentes	12
3. Marco analítico o de referencia teórica	17
3.1. Necesidades de la persona mayor	17
3.2 Corresponsabilidad	20
3.3 Cuidado	23
3.3.1 Cuidado formal e informal	24
3.3.2 Dependencia	25
3.3.3 Marco normativo de referencia	30
4. Metodología o diseño de investigación.....	34
4.1 Caracterización de la población mayor participante de los servicios de cuidado 34	
5. Resultados	36
5.1 Corresponsabilidad Estatal en el cuidado a las personas mayores en situación de vulnerabilidad social en el Distrito Capital	37
5.2 Corresponsabilidad del mercado en el cuidado a personas mayores socialmente vulnerables 40	
5.3 La sociedad civil como agente satisfactor de necesidades de la persona mayor en el entorno institucional de la comunidad de cuidado	41
5.4 Corresponsabilidad familiar en la satisfacción de necesidades de cuidado en el entorno institucional	42
6. Conclusiones.....	44
7. Bibliografía	49

Lista de Tablas

Tabla 1. Necesidades de la persona mayor que satisface la familia.....	18
Tabla 2. Tipología de la dependencia en torno a las actividades de la vida diaria.....	26
Tabla 3. Tipos de dependencias.....	27
Tabla 4.. Marco normativo de referencia Internacional.	30
Tabla 5. Marco Normativo de referencia Nacional.....	32

Agradecimientos

A Dios y a María auxiliadora, a quienes me encomendé desde el primer día en que me dispuse iniciar este y muchos caminos, y en especial este, que desde muy lejos me ha llevado hasta este punto en el que me siento feliz de casi culminar mi Maestría en Ciencias Sociales.

A Derly Martínez

Por su amor sencillo y genuino, que se ha dispuesto acompañarme en los momentos más felices y desafiantes. Por creer en lo que creo y por soñar con lo que sueño, por su paciencia, por su empatía infinita y por brindarme todo lo mejor de su vida y de sus años; los hasta ahora vividos y los venideros.

A mi padre, Víctor Manuel Romero Gutierrez

Por ser el modelo de lucha integral por la sociedad y por su familia, que hace de los hombres seres humanos imprescindibles; por su dedicación y disciplina para enseñarme a leer y a escribir detrás de los mostradores de la tiendita que fuera mi primera y más amada escuela. Por su amorosa insistencia en que el estudio sería la llave para abrir puertas, y por su incondicional apoyo en este caminar. Gracias Papá ;

A mi madre, Francelina Cifuentes Martinez

Por su amor infinito e incondicional, por cada gesto, por cada abrazo, por sus oraciones y bendiciones, por encomendarme a Dios y a María, la auxiliadora; por ser la maravillosa mujer que es; por darle sentido a tantos esfuerzos, por afirmar siempre en positivo que todo estaría bien – a pesar de las dificultades – y por luchar como una guerrera ante el cáncer y el COVID y tener el privilegio y la bendición de poder abrazarla.

A mis hermanos, Julio Cesar y Nidia Jazmín

Por su amor, por su apoyo por todos los gestos que en lo cerca y en lo lejos, me han hecho entender que mis hermanos, son el mejor regalo que me han dado mis padres. Por ser ejemplo de disciplina y continua superación ante la adversidad.

A David Osorio García, Profesor y Director de Tesis

Por su conocimiento científico siempre a disposición de la orientación y la directriz para el logro de este objetivo que es por demás para mí un gran sueño. Por su gesto humano y empático en momentos de alta complejidad durante esos años en los que la Pandemia parecía opacar la posibilidad de llegar a este momento.

Resumen

Objetivo: Comprender la dinámica de corresponsabilidad social en la atención y satisfacción de necesidades de personas mayores en situación de vulnerabilidad en un centro de protección en la Ciudad de Bogotá

Metodología: se usó una metodología mixta de predominancia cuantitativa con alcance exploratorio-descriptivo. Las fuentes de información son principalmente secundarias de 50 personas mayores en situación de vulnerabilidad social que residen en el Centro Comunidad de Cuidado Hogar Casa Santa María de la ciudad de Bogotá. Se complementa la información con entrevistas semiestructuradas al equipo psicosocial del centro para comprender la dinámica de corresponsabilidad.

Resultados: se encuentra una población en condición de vulnerabilidad con baja escolaridad, con algún tipo de discapacidad física y algunos con alternaciones mentales. Las necesidades fisiológicas, económicas, psicológicas y sociales son comunes en todas las personas mayores, pero la familia no puede proveer todos los recursos necesarios para cubrirlas, por lo que el abandono es la principal causa de institucionalización de las personas mayores.

Conclusiones: es fundamental establecer políticas de cuidado que involucren a diversos actores sociales para garantizar una atención integral y de calidad para la población mayor institucionalizada. Además, se destaca la importancia del apoyo familiar en el contexto del cuidado, tanto en el entorno familiar como en las instituciones de cuidado.

Palabras claves: vejez, cuidado, corresponsabilidad social del cuidado, personas vulnerables, centros de protección

Abstract

Objective: Understand the dynamics of social co-responsibility in the care and satisfaction of the needs of older people in a situation of vulnerability in a protection center in the City of Bogotá

Methodology: a mixed method of quantitative predominance with an exploratory-descriptive scope was used. The sources of information are mainly secondary information on 50 older people in a situation of social vulnerability who reside in the Casa Santa María Home Community Care Center in Bogotá. The data is complemented with semi-structured interviews with the psychosocial team of the center to understand the dynamics of co-responsibility.

Results: there is a population in a vulnerable condition with low education, some physical disability, and some with mental alterations. Physiological, economic, psychological, and social needs are common to all older people. Still, the family cannot provide all the necessary resources to cover them, so abandonment is the leading cause of institutionalization of older people.

Conclusions: it is essential to establish care policies that involve various social actors to guarantee comprehensive and quality care for the institutionalized elderly population. In addition, the importance of family support in the context of care is highlighted, both in the family environment and care institutions.

Keywords: old age, care, social co-responsibility of care, vulnerable people, protection centers

1. Introducción

El objetivo de esta investigación es comprender la dinámica de corresponsabilidad social en la atención y satisfacción de necesidades de 50 personas mayores en situación de vulnerabilidad social que residen en el Centro Comunidad de Cuidado Hogar Casa Santa María, en adelante CCC Hogar Casa Santa María. Este centro forma parte de la Fundación Misioneros Divina Redención, en adelante FUMDIR, y actúa como operador de servicios de la Secretaría de Integración Social, en adelante SDIS, como un centro de protección social en la modalidad de comunidad de cuidado¹.

El CCC Hogar Casa Santa María atiende las directrices de la SDIS en el marco de la implementación de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital. Dignifica a través de sus ejes el proyecto individual y colectivo de envejecer juntos y juntas, vivir sin humillaciones en la vejez, vivir como se quiere en la vejez y vivir bien en la vejez.

El estudio se llevó a cabo gracias al interés, disponibilidad y apertura que tiene FUMDIR frente a los procesos de investigación y desarrollo académico que pueden aportar a la Gerontología Social en Colombia. Considerando de igual manera, la experiencia de esta entidad en la atención a personas socialmente vulnerables.

El interés por el estudio de la dinámica de corresponsabilidad social de los cuidados y la satisfacción de necesidades en el entorno institucional de un centro de protección social para personas mayores o comunidad de cuidado surge como una forma de contribuir a la identificación y comprensión de las responsabilidades de los distintos agentes sociales frente a los desafíos que plantea el incremento de la población mayor, su demanda de atención y la necesidad de aportar al debate del cuidado como un aspecto determinante en la formulación de políticas públicas específicas.

¹ La comunidad de cuidado se entiende como un Centro de Protección Social que cumple con las disposiciones establecidas en la Ley 1315 del año 2009. Esta ley establece las condiciones mínimas que deben garantizarse para dignificar la estadía de los adultos mayores en centros de protección, centros de día e instituciones de atención. La comunidad de cuidado se define como un conjunto de acciones dirigidas a personas mayores de 60 años o más en medio institucional, mediante las cuales se desarrollan procesos de bienestar y cuidado. Estos procesos están enfocados en fortalecer las redes de apoyo familiares, comunitarias e institucionales, promoviendo la autonomía y la participación en procesos ocupacionales y de desarrollo humano. De esta forma, se busca favorecer la calidad de vida y el envejecimiento activo de las personas mayores. La comunidad de cuidado se enfoca especialmente en personas mayores de 60 años en situación de abandono o sin redes familiares o sociales de apoyo que garanticen su alimentación, higiene y vestuario en un medio institucionalizado durante los 7 días de la semana y las 24 horas del día.

Lo anterior sugiere la necesidad de reconfigurar las alternativas de atención integral que tienen los distintos agentes sociales en relación con los cambios en la estructura familiar, la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral y, en consecuencia, la crisis del cuidado que se presenta en Colombia como un desafío del envejecimiento poblacional producto de la transición demográfica. De esta manera, el análisis para la comprensión referida parte de la identificación y reconocimiento de las necesidades que tradicionalmente deben ser cubiertas por la familia como agente social primario, y que, siguiendo a Moragas (1991), abarcan aspectos fisiológicos, económicos, psicológicos y sociales.

La comprensión sugerida plantea un análisis que describe la distribución de la carga de responsabilidad para cubrir dichas necesidades entre los distintos agentes sociales cuando las personas mayores no cuentan con una red familiar activa o, si bien, contando con esta, su participación es nula o parcial frente a los requerimientos de una población heterogénea, socialmente vulnerable y que demanda atención frente a múltiples necesidades en el marco de su reconocimiento como sujetos de derecho y de especial protección.

En este sentido, el presente trabajo pretende ser un aporte al análisis de las responsabilidades que competen a cada agente social en el marco del abordaje integral a la persona mayor en el entorno institucional, y disponer de información relevante para documentar las discusiones relacionadas con las demandas de cuidado en el diseño e implementación de políticas públicas, así como al modelo de atención del distrito en relación con las modalidades de atención a este grupo etario.

2. Antecedentes

Los estudios relacionados con el cuidado de las personas mayores, en el marco de la corresponsabilidad, parten del reconocimiento de la mujer como la principal proveedora de atención a los más vulnerables dentro del contexto familiar. Sin embargo, es importante tener en cuenta los cambios en la dinámica familiar y el cada vez más activo papel de la mujer en el escenario laboral. Por tanto, se sugiere dar relevancia a la homogeneización equitativa en la distribución de responsabilidades, con la participación activa del Estado, la sociedad civil y el mercado.

En este sentido, un primer trabajo a considerar corresponde al planteado por Julve (2006), quien sostiene que las personas mayores están mejor atendidas por sus familias; sin embargo, también se deben proveer servicios de calidad con personal capacitado que complemente la función de cuidado al final de la vida (pág. 18). De esta manera, es importante destacar la contribución del Estado a través de entidades y cuidadores formales que, desde el servicio social o de bienestar, se encarguen de estas funciones.

Huenchuan, Roque y Arias (2009), advierten sobre el incremento de la demanda de cuidados en la vejez. Esta demanda se produce de forma paralela a una disminución en la respuesta del sistema de cuidado basado en la tradición familista, donde la mujer es su principal exponente. Los autores consideran que la participación de otros agentes sociales es imprescindible y, por lo tanto, el sector público podría contribuir a satisfacer los requerimientos de cuidado a través del financiamiento de servicios de atención. Sin embargo, este procedimiento no sería aplicable en todos los casos, priorizando a las familias en desventaja socioeconómica. En cuanto a sus conclusiones, queda claro que es necesario cubrir las necesidades y requerimientos de la población mayor entre el Estado y la familia, sin que la responsabilidad exclusiva del cuidado recaiga en esta última.

Torns (2011) analiza los aspectos relacionados con la conciliación entre la vida laboral y familiar. En este contexto, el investigador describe las tareas de cuidado como un aspecto especialmente demandado por las mujeres, quienes demandan una organización social del cuidado para que la corresponsabilidad se convierta en un pacto social y colectivo.

Por su parte, Comelin (2014) plantea la importancia de implementar políticas sociales que garanticen los derechos ciudadanos. En este escenario, sugiere priorizar en la agenda a los cuidadores familiares de personas mayores dependientes. La investigadora insiste en la necesidad de una participación más activa del Estado mediante la activación de redes primarias e institucionales. Estas redes, consideradas como estrategias en el marco de políticas en las cuales el sujeto focal no sea solo la persona dependiente sino también el cuidador.

En relación con lo expuesto, se concluye que los cuidadores perciben al Estado como un agente que no participa de manera activa en las responsabilidades de cuidado, y señalan que el Estado se ha vuelto dependiente de la familia en este sentido. Asimismo, la limitada participación de la sociedad civil en la responsabilidad del cuidado amplía la brecha de desigualdad e inequidad de género, lo que evidencia un problema de derechos y justicia social. Este problema se basa en la delegación exclusiva de esta responsabilidad a las mujeres en el seno de la familia.

Sánchez (2013), agrega elementos relacionados con la manera en que se configura la corresponsabilidad entre el Estado y el tercer sector, entendido este último como “las diversas organizaciones voluntarias y sin fines de lucro orientadas a satisfacer necesidades económicas, sociales o culturales, de carácter cooperativo o comunitario, las cuales encabezan el grueso de las acciones orientadas a la discapacidad” (pág. 2). En este sentido, concluye que las organizaciones de la sociedad civil que abordan los desafíos de atención a la dependencia no mantienen una relación continua y fortalecida con el sector público que representa al Estado. Además, sus lógicas y estrategias parten de una dinámica específica de subvención.

Las relaciones entre el Estado y el tercer sector en el marco de la corresponsabilidad se presentan asimétricas en diferentes áreas de intervención. No obstante, desde la creación del Servicio Nacional de la Discapacidad, se ha observado una mirada social más integral. Debido a esto, ha habido un avance significativo en cuanto a la configuración de relaciones y corresponsabilidades en personas dependientes con discapacidad mental, quienes fueron objeto de investigación. Sin embargo, a pesar de los desarrollos mencionados, se ha encontrado que las relaciones de corresponsabilidad son débiles en cuanto a los cuidados de carácter ambulatorio.

Asimismo, la inestabilidad presupuestaria relacionada con la implementación de programas de servicios sociales para la dependencia limita las acciones de corresponsabilidad, lo que pone en riesgo la formulación de políticas en este sentido. Esta situación tiene un impacto negativo en aquellas personas dependientes que se encuentran institucionalizadas en instancias de atención de larga duración.

Del mismo modo, Carral (2015) analiza la distribución de la responsabilidad de cuidado a personas en situación de dependencia, buscando identificar el papel que tiene la legislación en la distribución de dicha responsabilidad entre los diferentes agentes sociales, a saber: el Estado, la sociedad civil, la familia y el mercado. Insiste en que esta responsabilidad no es homogénea entre estos sectores. Al respecto, la autora concluye que, a pesar de los desarrollos políticos y normativos, el cuidado de las personas en situación de dependencia recae de manera significativa en el cuidado informal, y en particular en las mujeres, quienes históricamente han estado a cargo del cuidado de los más vulnerables. Asimismo, el estudio concluyó que la figura del cuidador y su regulación son ambiguas e imprecisas, lo que conlleva a una gran cantidad de vacíos legales en relación con sus derechos.

Para Álvarez (2015), "los cuidados y el trabajo doméstico constituyen una fuente de desigualdad en detrimento de las mujeres, no solo en el ámbito del hogar, sino también en el laboral" (pág. 130). Su investigación constata que, en los procesos de conciliación entre la vida laboral y familiar, son principalmente las familias -y particularmente las mujeres- quienes buscan estrategias para resolver las necesidades de cuidado. Este autor plantea que dicha situación generará importantes costos de distintos órdenes a medio y largo plazo, y sugiere que para aquellos que desarrollan actividades de cuidado, tendrá un impacto social aún más amplio.

Pineda (2015) profundiza en los planteamientos que sugieren poner en debate la distribución social del cuidado a partir del reconocimiento de los desafíos que plantea el envejecimiento poblacional como producto de la transición demográfica. De esta manera, da cuenta de la reconfiguración de los hogares y los arreglos residenciales, los cuales están determinados por la presencia de distintas generaciones en un mismo entorno familiar, lo que sugiere una potencial demanda de cuidados de personas mayores. Como respuesta a esta particularidad, propone opciones que, en la oferta de mercado, suplirían múltiples necesidades de cuidado que la familia no podría

cubrir de manera autónoma en el escenario del cubrimiento de necesidades. En este sentido, Pineda (2015) afirma: “Así, el proceso de envejecimiento está reconfigurando los arreglos institucionales de las fuentes de cuidado, los cuales, aunque siguen centrados en la familia, comienzan a tener una mayor participación del mercado, la sociedad civil y el Estado” (pág. 250).

Considerando que tradicionalmente las mujeres han sido quienes han asumido las tareas del cuidado en el entorno familiar, la falta de corresponsabilidad en este ámbito plantea para Montes (2017) diversas desventajas en términos de desarrollo, especialmente en aspectos como la carrera profesional y la educación universitaria. Los hallazgos de su investigación concluyen que conciliar la vida laboral y académica para una persona con responsabilidades de cuidado es muy difícil. Es importante destacar que este estudio muestra que existe presión social para que esta situación continúe tal como está.

En la misma línea, Calzada y Ocampo (2018), realizan una conceptualización de los cuidadores en el contexto institucional de atención a personas mayores, considerando su actuación en la prestación de servicios como cuidadores formales, quienes en el marco de las acciones de cuidado desarrolladas sugieren en todos los casos un vínculo contractual remunerado. En el desarrollo de este estudio, se identifica a los proveedores de cuidado como el Estado, la sociedad civil, la familia y el individuo mismo. A pesar de los avances normativos en el territorio colombiano, argumentan que aún no se ha desarrollado un sistema articulado de cuidado con claridad en las responsabilidades de cada uno de los proveedores sugeridos.

En la misma línea, Calzada y Ocampo (2018), realizan una conceptualización de los cuidadores en el contexto institucional de atención a personas mayores, considerando su actuación en la prestación de servicios como cuidadores formales. En el desarrollo de este estudio, se identifican como proveedores de cuidado al Estado, la sociedad civil, la familia y al individuo mismo. A pesar de que argumentan avances normativos en el territorio colombiano, no se ha desarrollado a cabalidad un sistema articulado de cuidado con claridad en las responsabilidades de cada uno de los proveedores sugeridos.

El aporte de los investigadores contribuye a la comprensión de elementos relacionados con el cuidado en el contexto institucional, así como a la formación específica en cuidado y a la importancia

de la vinculación formal con la institución, entre otros aspectos que se corresponden con el cumplimiento de metas estatales en relación con este tema.

“El cuidado de los mayores dependientes es un asunto sensible para el Estado, ya que responde a demandas que la familia no puede asumir” (Comelin & Leiva, 2018, pág. 358). Partiendo de esta premisa, estas investigadoras identifican necesidades percibidas de manera muy sensible por parte de los cuidadores familiares, sobre quienes se plantea una distribución inequitativa de las responsabilidades de cuidado. Además, es necesario configurar políticas públicas que estén orientadas de manera coherente a restablecer los derechos de las personas mayores y sus cuidadores, promoviendo en todos los casos su desarrollo humano. El estudio destaca la necesidad de otorgar visibilidad al cuidador y analiza el desequilibrio en el ejercicio de las responsabilidades de cuidado por parte del Estado en relación con los demás actores sociales. Resulta inquietante la naturalización de la idea de que la responsabilidad del cuidado de las personas mayores recaerá exclusivamente en la familia.

Ceminari & Stolkiner (2018) abordaron el tema del cuidado de las personas mayores en el marco del derecho y la atención a la dependencia. Partiendo de esta perspectiva, sugieren que el cuidado de las personas mayores es una categoría de análisis crucial en el marco de las políticas públicas, ya que “permite identificar la distribución de responsabilidades de cuidado entre Estado, mercado, familia y comunidad” (pág. 38).

Álvarez (2018) plantea la corresponsabilidad social de los cuidados como una visión a incorporar en el diseño e implementación de políticas públicas en El Salvador, y destaca la importancia de fortalecerla en los instrumentos legales y marcos normativos relacionados con el cuidado. Según la investigadora, esta perspectiva implica "abordar el tema con un enfoque de corresponsabilidad social de los cuidados que incluya en el diseño de estrategias sociales de los cuidados, un papel equitativo para hombres y mujeres, grupos familiares, Estado y empleadores" (pág. 8). De esta manera, se abre un debate sobre la necesidad de homogeneizar la carga del cuidado entre los sexos, incluyendo al entorno institucional, empresarial y del mercado laboral, para dinamizar las acciones que conduzcan a la distribución equitativa de las tareas de cuidado con un enfoque de corresponsabilidad social.

Según Rompaey y Pérez (2019), "Un nuevo paradigma de bienestar debería apuntar a la corresponsabilidad entre géneros, teniendo en cuenta el papel clave del Estado como garante de derechos, así como en implementar medidas orientadas a la revalorización del trabajo reproductivo" (pág. 17). De acuerdo con estos autores, esta perspectiva permite la sostenibilidad de las sociedades y el mantenimiento de la vida humana. Asimismo, sugieren replantear el abordaje de las personas en situación de dependencia, así como la responsabilidad de los distintos agentes sociales, tomando en cuenta el papel del Estado en la dinámica de cuidado dentro del marco de la corresponsabilidad conjunta, homogénea y equitativa.

Por su parte, Celi (2021) realizó una investigación en Ecuador con el objetivo de analizar la dinámica de corresponsabilidad en el marco del mandato constitucional de garantizar el bienestar de las personas mayores. Dentro de los hallazgos a destacar, es importante resaltar la ubicación de la familia como el sistema natural de cuidados, en el cual se espera que la mujer asuma de manera innata la responsabilidad de proveerlos. En contraposición, el Estado tiene un papel limitado en la protección social básica en situaciones de exclusión social.

Si bien se reconoce la importancia y el impacto del papel de la familia en el cuidado de las personas mayores, los cuidadores no cuentan con los apoyos y recursos necesarios del Estado para reducir la carga de trabajo que implica esta labor. En consecuencia, se ven limitados a depender de su vinculación a espacios de desarrollo integral para recibir algún tipo de soporte.

De esta manera, "el principio de corresponsabilidad (...) está lejos de cumplirse (...) por cuanto su práctica cotidiana se sostiene en una retórica de un reparto desigual e invariable de los roles que les corresponden a familias y Estado en la organización de los cuidados para personas mayores" (Celi, 2021, pág. 202).

3. Marco analítico o de referencia teórica

3.1. Necesidades de la persona mayor

De acuerdo con Puig, Sabater y Nuria (2012), "El estudio de las necesidades humanas no es nuevo, de hecho, podemos remontarnos a postulados de Aristóteles, aunque el significado de

necesidad ha ido modificándose con las transformaciones sociales y políticas" (pág. 1). Según estos autores, los planteamientos sobre las necesidades se pueden clasificar en dos grandes grupos: aquellos que adoptan una perspectiva relativista y aquellos que adoptan una perspectiva universalista.

Se identifica en este escenario la postura relativista como antagónica de la postura universalista, toda vez que esta última -como lo indica su denominación- determina las necesidades como universales y objetivas. Por su parte, los relativistas plantean la importancia de reconocer la diversidad en el escenario de las necesidades, ya que estas no son concebidas de manera transversal para los colectivos y los grupos sociales, sino que han de delimitarse en variados aspectos, como el sexo, las normas sociales adquiridas, la raza, la cultura y la edad, entre otras particularidades concretas del individuo en un contexto determinado.

Según lo expuesto, y considerando dichos factores como determinantes en el marco relativo de las necesidades humanas, la presente investigación se centra en la delimitación teórica de las necesidades de las personas mayores. Es importante señalar que, en el análisis de resultados, se involucran distintos agentes sociales implicados en la provisión de cuidados; sin embargo, como punto de partida del análisis, se recogen los planteamientos referidos por la Gerontología Social, que indican como principal fuente de cuidado y satisfacción de las necesidades de las personas mayores a la familia, cuyo principal exponente es Moragas (1991).

La Tabla 1 muestra las necesidades que, según este autor, son satisfechas por la familia y que, como se ha mencionado anteriormente, constituyen el punto de partida del análisis de la investigación, considerando que las personas mayores objeto de estudio se encuentran institucionalizadas, lo que significa que algunas o todas las necesidades identificadas en la tabla son atendidas por otros agentes sociales que no pertenecen a su entorno familiar.

Tabla 1. Necesidades de la persona mayor que satisface la familia

Fisiológicas	Alimentación
	Vivienda
	Cuidado en la enfermedad

Económicas	Fuente de ayuda económica
Psíquicas	Autoestima
	Afecto
	Amor
	Equilibrio psíquico
Sociales	Identificación
	Relación
	Comunicación
	Pertenencia al grupo

Fuente: Elaboración propia a partir de Moragas (1991, págs. 137-141).

Las necesidades fisiológicas se refieren, en primera instancia, a la alimentación, lo que refleja su importancia en dos aspectos. En primer lugar, cubrir los requisitos nutricionales del individuo es crucial, especialmente para las personas mayores que viven solas y están en mayor riesgo de sufrir desnutrición. En segundo lugar, los espacios de alimentación programados como actividad familiar en horarios de comida, también son un acto social que fomenta las relaciones interpersonales y el fortalecimiento de la identidad familiar de la persona mayor.

Es importante señalar que el alojamiento no solo se considera como una necesidad fisiológica, sino que también cumple un papel importante en la salud mental y emocional de la persona mayor. Una vivienda segura y cómoda puede proporcionar un espacio de tranquilidad y estabilidad para la persona mayor, lo que a su vez puede tener un impacto positivo en su bienestar emocional y físico. Además, la proximidad de la vivienda familiar puede fomentar un sentido de comunidad y apoyo social que es fundamental para el bienestar de la persona mayor.

El cuidado en caso de enfermedad y las gestiones relacionadas con la atención médica son aspectos prioritarios, especialmente en el caso de las personas mayores. En muchos casos, es necesaria la intervención de un familiar intermediario debido a la creciente digitalización y virtualización de los procesos de atención médica. Además, la presencia de un familiar puede ser crucial en situaciones de emergencia o para brindar apoyo emocional durante la hospitalización. El nivel y tipo de cuidado necesario varían en función de las características individuales y el grado de dependencia de la persona mayor.

Siguiendo a Moragas (1991), en el marco de la solidaridad y especialmente en situaciones de vulnerabilidad, el cubrimiento de las necesidades económicas “resulta en la práctica la obligación familiar más importante, después de las paternofiliales y conyugales (...) la responsabilidad económica se entrelaza con la afectiva, psíquica y social” (pág. 140).

Las necesidades psicológicas de afecto, amor y equilibrio son satisfechas por la familia, ya que esta posibilita el mantenimiento y fortalecimiento de la identidad de la persona mayor, así como su autoestima mediante el reconocimiento de la importancia de su presencia en el medio familiar y la trascendencia de sus valores y legado.

Finalmente, las necesidades sociales reflejan el reconocimiento de la posición social de la persona mayor por parte de su familia. En este sentido, el espacio familiar resulta menos hostil frente a situaciones externas que puedan afectar su integridad.

Una vez que se ha especificado la delimitación teórica del presente estudio en relación a las necesidades de la persona mayor, es importante reiterar que el análisis y la comprensión de la corresponsabilidad están basados en el cubrimiento de dichas necesidades en el entorno familiar. Sin embargo, debido a los desafíos propios del envejecimiento poblacional, la intervención de otros agentes sociales es necesaria y se da en el entorno institucional de la comunidad de cuidado.

3.2 Corresponsabilidad

Según la definición ofrecida por el Diccionario de la Lengua Española, la acepción de corresponsabilidad es la de "responsabilidad compartida". Por otro lado, Rincón, Stolle y Rodríguez (2014) plantean que “el término corresponsabilidad es extraordinariamente complejo y versátil. Susceptible de ser aplicado a muy distintas cuestiones o en muy diferentes ámbitos de la vida, en términos generales viene a hacer referencia a la existencia de niveles compartidos de responsabilidad” (pág. 1). Estos investigadores sugieren que en esta dinámica de corresponsabilidad participan distintos actores, tales como personas, agentes, instituciones, el mercado, la familia, el tercer sector y el Estado, entre otros.

Combellas (2002), citado por Anzola (2011), sostiene que “la corresponsabilidad es un principio sugerente y novedoso que incorpora en un seno el texto constitucional” (pág. 65). En este sentido, contempla que la sociedad organizada está involucrada de manera significativa en los asuntos de Estado que no están circunscritos de manera específica a la burocracia.

De conformidad con lo anterior, la Constitución Política de Colombia (CPC) en los artículos 44 y 46, establece la participación del Estado, la sociedad y la familia en el marco del principio de corresponsabilidad en la asistencia y protección de los niños y las personas mayores (CPC, 1991). En este sentido, Giraldo (2009) plantea que el Estado, a través de sus instituciones, facilita los recursos necesarios para garantizar el cuidado de los niños y las personas mayores, cumpliendo así con su compromiso de corresponsabilidad. De igual manera, ocurre con las personas mayores, para quienes se deben proveer "condiciones y garantías para la efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales, ya que requieren de cuidados especiales en el proceso de envejecimiento" (Dueñas, Riaño, Palacios, & Sierra, 2011, pág. 4).

Es importante destacar que en el ámbito de la corresponsabilidad en el cuidado de personas mayores, Julve (2006) plantea la participación de tres agentes fundamentales: “La familia cuidadora o apoyo informal; el sector público con su oferta de servicios y prestaciones económicas, denominado servicios formales y la oferta privada, tanto mercantil como no lucrativa” (págs. 6-7).

En esta línea, el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social- DPS, en el marco del programa Familias en Acción², plantea que la corresponsabilidad se establece entre las familias, entidades territoriales y Estado con el fin de llevar a buen término los objetivos que dan cuenta de mitigar el impacto de la recesión económica sobre las familias más pobres de Colombia (DPS , 2019).

² Familias en Acción es un Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas-TMC que inicia su operación a finales del año 2000, con el fin de mitigar el impacto de la recesión económica sobre las familias más pobres del país. Orientado a la entrega de incentivos, condicionados a las asistencias a las atenciones en salud individuales, de los niños y niñas en primera infancia y a la asistencia escolar de los niños, niñas y adolescentes en edad escolar.

El Programa es una política de Estado, enmarcado en la Ley 1532 de 2012 (...) siendo uno de los principales programas de promoción social, en un contexto de corresponsabilidades compartidas entre las familias participantes del Programa y el Estado (DPS , 2019)

Siguiendo a Anzola (2011), el Estado tiene ciertas obligaciones y responsabilidades que no necesariamente reemplazan las de los individuos, siempre y cuando estos puedan cumplirlas adecuadamente. En este sentido, el principio de subsidiariedad implica que el Estado no debe suplantar dichas responsabilidades y obligaciones.

La autora plantea que la corresponsabilidad está vinculada al surgimiento del Estado de Derecho, lo que supone un vínculo determinante entre la sociedad y el Estado. En este contexto, sugiere que “al tratar de realizar una aproximación teórica al concepto de corresponsabilidad, debe considerarse el marco del desarrollo histórico, político y jurídico concreto, de manera que se atienda a la dinámica de la transformación tanto del Estado como de la sociedad” (Anzola, 2011, pág. 66).

En cuanto a la distribución social del cuidado en la vejez, según Pineda (2015), esta se aborda desde tres perspectivas en el marco de la corresponsabilidad: el mercado, la sociedad civil y el Estado. Cada uno de estos actores tiene responsabilidades específicas que deben ser acordes con las características y condiciones de la población mayor, en un contexto de transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional. Cabe destacar que, aunque la familia es reconocida como la principal fuente de cuidado, no debe ser desconocida la labor de estos otros actores en la distribución del cuidado en la vejez.

De manera específica, en relación con el cuidado, Santa Cruz y Sosa (2017) complementan que la corresponsabilidad se ubica en el escenario de personas en situación de dependencia, a quienes distintos actores sociales proveen recursos y servicios que procuran garantizar su bienestar en los ámbitos social, familiar e individual.

En su estudio, Pérez, Colin y González (2018) identifican tres agentes implicados en la corresponsabilidad del cuidado: el Estado, el mercado laboral y las familias. Esto se complementa con la necesidad de un enfoque macroeconómico en la agenda de cuidado, tal como ha sido establecido por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, así como en las Conferencias Regionales sobre la Mujer en América Latina y el Caribe.

Así mismo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo- PNUD, establece que la corresponsabilidad social de los cuidados es “la transferencia, reconocimiento y redistribución de las

responsabilidades de cuidado entre los diversos actores de la sociedad, condición necesaria para alcanzar el desarrollo, la igualdad sustantiva o real de las mujeres y el cumplimiento de los derechos de la ciudadanía” (PNUD, 2018, pág. 12). En este sentido, dicha entidad establece que el logro de una organización social de los cuidados justa, democrática e igualitaria, depende de la promoción de dicha corresponsabilidad como principio.

3.3 Cuidado

“El cuidado se ha constituido en una categoría conceptual y analítica que se viene construyendo desde diversas connotaciones derivadas de la intencionalidad que se le otorga y la identificación del principal responsable de realizarlo” (Sánchez & Palacio, 2013, pág. 29). Según estos autores, el cuidado se ha asociado específicamente a las mujeres en el contexto familiar, lo que lo ha llevado a ser entendido como trabajo doméstico.

Stefoni (2001), citada por Comelin (2014), establece que el debate sobre el concepto de cuidado sigue siendo relevante y, por lo tanto, es difícil abordarlo de manera precisa; sin embargo, sugiere que se entienda como “la gestión y generación de recursos para el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud de las personas; la provisión del bienestar físico y emocional, que satisface sus necesidades a lo largo del ciclo vital” (pág. 115).

Así mismo, agrega que el cuidado es una actividad que se requiere en momentos de dependencia. Aunque reconocen que la necesidad de cuidado puede aparecer en cualquier etapa de la vida, sugieren que hay una mayor probabilidad de necesitar cuidados en los momentos vitales de la infancia y la vejez.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, Serrano y Vázquez (2013), citados por Huenchuan & Rodríguez (2015), plantean que “el cuidado puede ser definido como un derecho subjetivo, vale decir, una expectativa que se ha formado una persona acerca de la acción del Estado, los poderes fácticos o el resto de las personas” (pág. 9). De esta manera, las personas que se encuentran en situación de dependencia tienen derecho a acceder, de manera permanente o temporal, a servicios sociales proporcionados por el Estado que respondan a sus necesidades.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, a través de la Organización de Estados Americanos (OEA), reconoce el cuidado como un derecho humano. Esto implica que los Estados deben promover el acceso oportuno y de calidad a los distintos recursos que permitan el mantenimiento de la autonomía, independencia y dignidad de las personas mayores dependientes (OEA, 2015).

Casado y Ruiz (2013) refieren que “el cuidado se realiza sobre todo en el marco de la dependencia” (pág. 143). En la misma línea, Huenchuan y Rodríguez (2015) plantean que “el cuidado es una necesidad, en el sentido que corresponde a un estado de dependencia o, en otros términos, expresa la relación de interdependencia del ser humano con respecto al mundo al que pertenece” (pág. 13).

3.3.1 Cuidado formal e informal

De acuerdo con Ruiz & Nava (2012), desde el enfoque antropológico, se ha definido al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (pág. 164) . En este sentido, se hace referencia al cuidador como un complemento de alcance al desarrollo – parcial o total - de las actividades de la vida cotidiana de una persona en condición de dependencia.

Las personas que se encuentran en situación de dependencia, reciben cuidados mediante dos tipos de sistemas a saber: formal e informal.

Siguiendo a Julve (2006), el apoyo informal es aquel que “se presta por familiares, amigos o vecinos, estas redes sociales se caracterizan por ser de reducido tamaño, existir relación y afectividad en el cuidado y, por no realizarse de manera ocasional sino con cierta permanencia, duración y compromiso” (pág. 8). Dichos cuidados se prestan en las casas de las personas que se encuentran en situación de dependencia, o en la de su cuidador, con quien, en el marco de este tipo de cuidado, se ha establecido una relación estrecha. Los beneficios para el cuidador informal son de carácter emocional y compensatorio desde el punto de vista familiar. Sin embargo, también plantea desafíos

cotidianos que pueden generar frustración, culpabilidad y tristeza debido a las demandas cotidianas que implica el cuidado de una persona en situación de dependencia.

Uribe (2006), citado por Ruiz & Nava (2012), plantea que el “cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona” (pág. 165).

Por su parte, el cuidado formal hace parte “los servicios sanitarios y sociales y los cuidadores privados remunerados” (GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANITAT, 2014, pág. 25). Según el Libro Blanco de la Dependencia, los cuidadores profesionales son quienes “desde la formación han obtenido una titulación específica que les capacita para desarrollar las intervenciones fundamentadas en el desarrollo de la autonomía funcional de la vida cotidiana, desde la estimulación de las capacidades mantenidas y desde la intervención asistencial” (Red2Red Consultores, 2008, pág. 57).

3.3.2 Dependencia

La dependencia, según Querejeta (2004), se define como “la situación en la que una persona con discapacidad, precise de ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad” (pág. 18). Esto implica que se considera dependiente a una persona cuando necesita algún tipo de ayuda, ya sea parcial o total, para llevar a cabo sus actividades cotidianas.

De acuerdo con Flórez, Martínez, & Aranco (2019) “a medida que las personas envejecen sufren un deterioro paulatino de las capacidades físicas y mentales y, por tanto, pierden autonomía para la realización de ciertas actividades básicas, volviéndose funcionalmente dependientes del apoyo que reciban de otros para la realización de sus actividades de la vida diaria” (pág. 8). Los autores también plantean que “La dependencia se refiere a una situación de experimentar dificultad y requerir ayuda para realizar una serie de actividades elementales que se denominan actividades de la vida diaria (AVD) de manera permanente” (pág. 9).

Ronzón, Vázquez, & Murgía (2017) definen la dependencia como el “resultado del proceso de envejecimiento y se ha manejado como sinónimo de limitantes” (pág. 119).

En relación con lo anterior, otros autores han planteado distintos factores que comprenden la definición de dependencia y en este sentido, plantean la “existencia de una limitación física, psíquica o intelectual; incapacidad para realizar por sí mismo las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero” (Iriarte, Rivera, & Araya, 2019, pág. 1).

Es importante destacar que la dependencia no está necesariamente ligada exclusivamente a la funcionalidad de la persona. Existen otros factores que pueden poner de manifiesto este fenómeno en cualquier momento de la vida, y en el caso de esta investigación, se refiere específicamente al período de la vejez.

Siguiendo a Flórez, Martínez, & Aranco (2019) “la definición de dependencia no se reduce exclusivamente a una dimensión biológica, sino que también depende de las circunstancias y los recursos disponibles para garantizar la independencia funcional” (págs. 8-9). En este sentido, Flores (2018), sugiere que “la dependencia no sólo se relaciona con la necesidad de ayuda a partir del deterioro físico, sino que en ésta convergen una serie de circunstancias sociales y económicas del contexto” (pág. 3).

Ronzón, Vázquez & Murguía (2017, pág. 124), proponen una tipología de la dependencia en torno a las actividades de la vida diaria la cual se expone en la Tabla 2.

Tabla 2. Tipología de la dependencia en torno a las actividades de la vida diaria

Tipo de dependencia	Descripción
Funcion	Se refiere a la necesidad de apoyo en las actividades básicas de la vida diaria, particularmente las relacionadas con el autocuidado (trasladarse en el interior de la vivienda, levantarse o acostarse en su

	cama, ir al sanitario, bañarse o asearse, tomar sus alimentos y sus medicamentos);
Instrumental	Correspondiente a las actividades instrumentales de la vida diaria, como son la realización de actividades domésticas (preparar alimentos, lavar la ropa, limpiar la casa), así como traslados fuera de la casa (visitas médicas, ir de compras o visitas a parientes y amigos) además de realización de trámites, uso de cajero automático y teléfono;
Económica	Derivada de los recursos para cubrir las necesidades materiales (alimentación, vestido, vivienda, medicamentos y consultas, pago de servicios);
Emocional	Originada en la necesidad de tener compañía de otras personas para sentirse bien;
Avanzada	Producto de la necesidad de recibir apoyo para tomar decisiones importantes en la vida diaria, dejando en ocasiones en terceros esta actividad

Fuente: Elaboración propia, a partir de Ronzón, Vázquez & Murguía (2017, pág. 124).

Para Gutiérrez, García & Jiménez (2014, págs. 4-5), “cuando se habla de dependencia, existe una inexorable conexión con la exclusión social y con el quebranto o ausencia de capacidades para desarrollar actividades establecidas bajo esquemas de normalidad”.

En este sentido dichos autores plantean cuatro tipos de dependencia entendidas como Funcional (física y mental), psicológica, económica y social. Algunos apartes de la descripción de cada una son referidos en la Tabla 3.

Tabla 3. Tipos de dependencias

Tipo de dependencia	Descripción
Funcional física	Se relacionan con la incapacidad para efectuar actividades de la vida diaria (ABVD). Dentro de la dependencia por condiciones de salud, se incluyen aquellas que se originan por morbilidad (en especial por

	<p>enfermedades crónicas), impedimentos para la movilidad o alteraciones que restringen la ejecución de labores individuales, económicas, familiares y sociales.</p>
<p>Funcional mental</p>	<p>Concomitante con la dependencia física, se encuentra la asociada con el deterioro de las capacidades mentales. Los cambios propios del envejecimiento pueden alterar la función cognoscitiva de los ancianos y conducirlos al deterioro cognoscitivo leve (DCL) o a la demencia, entre otros. Los trastornos de la salud mental son por naturaleza de carácter crónico, progresivo y lento e incluyen aspectos de índole cognitivo, afectivo, ansioso, psicótico, del sueño, adicciones y abuso de sustancias.</p>
<p>Económica</p>	<p>Relacionada con la posibilidad de percibir ingresos económicos razón de la edad o condición de discapacidad. Las personas mayores dejan de ser proveedores del hogar y se convierten en dependientes de otros miembros de la familia (...) De igual manera se ha evidenciado que las enfermedades crónicas, la discapacidad y la fragilidad, pueden ser causales de dependencias físicas o mentales que por los regular conllevan a experimentar dependencia económica.</p>
<p>Psicológica</p>	<p>Si la dependencia no responde a un declive funcional, físico y/o mental, sino que es el resultado de prejuicios, estereotipos sociales, estigmas de la personalidad o las propias condiciones ambientales, entonces es conductual. En otras palabras, la dependencia conductual sucede cuando una persona solicita o acepta de manera pasiva o activa la ayuda de los demás, aun cuando no lo requiera.</p>
<p>Social</p>	<p>La pérdida o modificaciones en los valores individuales, las transformaciones en las prácticas culturales las modificaciones que se han presentado en la definición de la familia y la ruptura del tejido social (...) han llevado al adulto mayor a tener una necesidad de demostraciones de afecto, cariño, respeto, y, sobre todo, de “tiempo de plática”. Cuando la condición del adulto mayor es de soledad, la dependencia social es de mayor magnitud. Dentro de los indicadores referidos que evidencian la ausencia de apoyo social y emocional se encuentran: 1) No tener con quien hablar, 2) Comer</p>

	solo la mayor parte del tiempo y 3) no decidir sobre la preparación de los alimentos que consume.
--	---

Fuente: Elaboración propia, a partir de Gutiérrez, García, & Jiménez (2014).

En esta línea, el Consejo de Europa ha definido la dependencia como el “estado en el cual se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan de una asistencia y/o ayuda importante –de otra persona- para realizar las actividades de la vida diaria” (Consejo de Europa , 1998, pág. 2). De acuerdo con la definición anterior, la GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANITAT (2014) indica que existen tres factores necesarios para hablar de dependencia: “la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; La incapacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria y la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero” (págs. 40-41).

En esta misma línea, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España, define la dependencia como el “estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (Jefatura del Estado, 2006, pág. 9). Esta ley reconoce tres grados de dependencia, a saber:

- a. Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- b. Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

- c. Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

3.3.3 Marco normativo de referencia.

De manera complementaria a los aspectos expuestos en el presente, es importante anotar elementos normativos de referencia que potencialmente aportan a la discusión en relación con el cuidado en lo concerniente al momento del curso de vida de la vejez, y en lo relacionado con la persona mayor.

En este sentido, desde las directrices Internacionales y Nacionales, el presente aparte, corresponde con reconocer a la persona mayor como sujeto de derechos desde el enfoque de curso de vida; por tanto, dicha normatividad, concurre con dar alcance específico a las personas que transitan por el momento vital del curso de vida de la vejez.

Por consiguiente, se relacionan a continuación, de manera general y esquemática, las normas que regulan la materia, los aspectos normativos que, en cuanto a envejecimiento y vejez, se refieren y que son susceptibles de actualización, y en este sentido, si bien el marco normativo dispuesto en el presente no se especifica de manera exhaustiva, sí plantea una base de referencia en directa relación con el objeto de la presente investigación.

Así mismo, el esquema referido y que se presenta a continuación, se fundamenta en lo dispuesto en el Decreto 681 de 2022, por tanto, relaciona aspectos que aluden a la protección y el respeto hacia las personas mayores, procurando reducir brechas y asegurar el acceso efectivo a la justicia; garantizar la atención en salud, servicios sociosanitarios y su financiación; generar un mercado laboral inclusivo y seguridad de los ingresos, así como, promover el envejecimiento activo y saludable.

Tabla 4.. Marco normativo de referencia Internacional.

Año	Aspecto	Propósito
------------	----------------	------------------

2015	Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores.	El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.
2012	Carta de San José de Costa Rica	Presentar los avances de los países en el cumplimiento del Plan de Acción de Madrid. Concluyó con la carta de San José, en la que se priorizan tres aspectos trascendentales en los cuales los Estados participantes deben centrar la atención: la salud, la seguridad social y los servicios sociales.
2007	Declaración de Brasilia Madrid + 5 Brasilia (Brasil).	Reafirma el compromiso de los Estados de la región de Latinoamérica y el Caribe sobre el envejecimiento para la construcción de una sociedad para todas las edades.
2003	Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento Santiago de Chile.	Tuvo como propósito general la definición de prioridades hacia una estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento, donde se contemplan el desarrollo de una meta general y objetivos para cada una de las tres áreas: I. Personas de edad y desarrollo, II. Fomento de la salud y bienestar, III. Creación de un entorno propicio y favorable.
2002	Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.	El plan de acción se centra en tres ámbitos prioritarios: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable, sirve de base para la formulación de políticas y apunta a los gobiernos a las organizaciones no gubernamentales y a otras partes interesadas.
1982	Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento.	Desarrolla 62 recomendaciones para la acción en temas como: investigación, recolección de datos, análisis, capacitación, así como también sobre las áreas de salud y nutrición, protección de las Personas Mayores como consumidoras, vivienda y medio ambiente, familia seguridad social, seguridad económica, empleo y educación.

Fuente: Elaboración propia a partir de Derechos de las Personas Mayores; Marco Internacional y Nacional, Compilación Normativa (MSPS, 2013) y Decreto 681 de 2022.

Si bien a continuación se especifican aspectos normativos del nivel Nacional en relación con el envejecimiento y la vejez, es importante hacer un énfasis particular en lo dispuesto en el artículo

13 de la Constitución Política de Colombia, el cual, hace referencia a una especial protección a los adultos mayores que, en virtud a su condición económica, física o mental se encuentran marginados y bajo circunstancias de debilidad y vulnerabilidad manifiesta, dando con ello aplicación al Estado Social de Derecho.

Así mismo, “el artículo 46 Constitucional, crea una obligación al Estado, a la sociedad y a la familia, consistente en la protección y asistencia de las personas de la tercera edad, a través de la promoción de su “integración a la vida activa y comunitaria”.

De manera complementaria, la Tabla 5, da cuenta de las leyes y actos legislativos relacionados con la población sujeto de investigación de la presente y, toma en cuenta su relación con la dinámica del cuidado enfatizada.

Tabla 5. Marco Normativo de referencia Nacional.

2021	Ley 2055	Por medio de la cual se aprueba la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015. Esta es una herramienta que busca promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores.
2021	Decreto 163	Por el cual se crea el Consejo Nacional de Personas Mayores y se dictan otras disposiciones.
2021	Ley 2120	Por medio de la cual se adoptan medidas para fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir enfermedades no transmisibles y se adoptan otras disposiciones.
2020	Ley 2040	Tiene por objeto impulsar el empleo de las personas adultas mayores que no gozan de pensión, promoviendo la autonomía y autosuficiencia económica del adulto mayor, garantizando así el envejecimiento activo, satisfactorio y saludable de la población colombiana.
2018	Resolución 3280	Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

2017	Ley 1850	Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones.
2015	Ley 1751	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
2011	Ley 1438	Tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud.
2009	Ley 1315	Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.
2009	Ley 1276	A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.
2009	Ley 1355	Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.
2008	Ley 1251	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de las personas mayores.
2007	Ley 1171	Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores.
2005	Acto legislativo	El Estado garantizará los derechos, la sostenibilidad financiera del Sistema Pensional, respetará los derechos adquiridos con arreglo a la ley y asumirá el pago de la deuda pensional que de acuerdo con la ley esté a su cargo.
2003	Ley 797	Por la cual se reforman algunas disposiciones del Sistema General de Pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales Exceptuados y Especiales.
2001	Ley 687	Por medio de la cual se modifica la Ley 48 de 1986, que autoriza la emisión de una estampilla pro-dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad, se establece su destinación y se dictan otras disposiciones.

Fuente: Elaboración propia a partir de Derechos de las Personas Mayores; Marco Internacional y Nacional, Compilación Normativa MSPS 2013 y Decreto 681 de 2022.

4. Metodología o diseño de investigación

La presente investigación propone una metodología de enfoque mixto predominancia cuantitativa, de tipo exploratorio-descriptivo. En este sentido, se describen y analizan las características sociodemográficas de la población total de personas mayores que integran el CCC Hogar Casa Santa María, el cual forma parte de uno de los proyectos actuales de FUMDIR. Esta entidad, como se ha mencionado previamente, cumple la función de operador de servicios de cuidado de la Secretaría de Integración Social del Distrito Capital.

La descripción y el análisis se basan en la información proporcionada por el CCC Hogar Casa Santa María, avalada por la SDIS. En este caso, se trata del formato de caracterización de 50 personas mayores que reciben servicios de cuidado en este entorno institucional.

Adicionalmente, para complementar la información sociodemográfica se realizaron entrevistas semiestructuradas al equipo psicosocial del centro. Se buscó recopilar información que permitiera ampliar la comprensión de la dinámica de corresponsabilidad, teniendo en cuenta las características de la población, la tipología, el nivel de dependencia y la descripción de las responsabilidades de los diferentes actores intervinientes (Estado, Sociedad Civil, Mercado y Familia) como satisfactores de las necesidades de la población mayor en el entorno institucional.

4.1 Caracterización de la población mayor participante de los servicios de cuidado

El 76% de las personas mayores son hombres, mientras que el 24% son mujeres. Además, se consideraron criterios de clasificación cronológica para determinar la etapa vital de la vejez y las subcategorías etarias correspondientes. En este sentido, se estableció que el 36% de los participantes son personas mayores jóvenes, el 38% son personas mayores adultas, el 22% son personas mayores de edad avanzada y el 4% restante son nonagenarios.

En cuanto a los lugares de procedencia de las personas mayores, se encontró que el 28% nació en el Distrito Capital y ha vivido allí durante toda su vida. El 16% proviene de

municipios del departamento de Cundinamarca. Además, el 10% proviene del departamento de Santander, seguido de Boyacá con un 8%, y Antioquia y Quindío con un 6% cada uno. Un 4% proviene de los departamentos de Tolima y Valle del Cauca, respectivamente. Asimismo, un 16% de los participantes proviene de otros departamentos, distribuidos de la siguiente manera: Atlántico (2%), Caldas (2%), Casanare (2%), Chocó (2%), Huila (2%), Nariño (2%), Norte de Santander (2%) y Risaralda (2%). Además, en el 4% de los casos, se registraron personas mayores de nacionalidad venezolana y peruana que, debido a su nivel de vulnerabilidad, han sido acogidas por el Distrito Capital en la comunidad de cuidado.

En cuanto al nivel de escolaridad, el 64% de las personas mayores completó la educación básica, el 22% no realizó ningún tipo de estudio, el 12% finalizó la educación secundaria y el 2% restante completó estudios técnicos.

En el 80% de los casos, las personas mayores se identifican como solteras, mientras que el 20% restante está casado; sin embargo, afirman no haber convivido en una unión marital incluso antes de ser institucionalizados en la comunidad de cuidado.

En el 96% de los casos, el ingreso a la comunidad de cuidado se debió a situaciones de abandono, mientras que en el 4% restante, los casos fueron identificados como ingresos por emergencia. Estos últimos fueron gestionados de manera autónoma por parte de las personas mayores ante las comisarías de familia del Distrito Capital, denunciando potenciales situaciones de maltrato por parte de algún integrante del entorno familiar donde residían.

Una vez que las personas mayores ingresan al entorno institucional de la comunidad de cuidado, se procede en todos los casos al restablecimiento de sus derechos, y para ello se realizan las acciones necesarias para identificar a sus familiares de referencia. En consecuencia, se establece que en el 56% de los casos no se cuenta con ningún tipo de apoyo a este nivel. Esto se debe a que ni la persona mayor ni la entidad han logrado identificar, hasta la fecha de la presente investigación, algún tipo de vínculo con algún referente potencial del medio familiar.

En el 44% de los casos se logra identificar la red familiar; sin embargo, de este porcentaje, se encuentra que en el 37% la red es inactiva. Del total de personas mayores con red familiar identificada, se observa que en el 45% de los casos el parentesco con dicha red corresponde a hermanos, un 40% corresponde a hijos y el 15% restante a sobrinos. En los casos en los que la red está activa, el tipo de apoyo que se recibe en todos los casos es de carácter psicológico y social.

En la caracterización propuesta, se relaciona el nivel de funcionalidad y dependencia a través del índice de Barthel, que se entiende como un instrumento para medir las capacidades individuales de las personas mayores y obtener una estimación cuantitativa de su grado de independencia. En este sentido, se observa que el 6% de los casos corresponden a personas mayores con dependencia leve, el 46% con dependencia moderada, el 32% con dependencia severa y, finalmente, el 16% de los casos corresponden a personas mayores independientes.

El 68% del total de participantes presenta algún tipo de discapacidad, siendo el 16% de los casos una alteración física, el 36% una alteración mental y el 16% presenta multideficiencias. En el 32% restante, no se registran condiciones de dependencia debidas a la discapacidad. En cuanto a la dependencia de cuidados relacionados con la salud mental, se encontró que en el 36% de los casos, las personas mayores han sido diagnosticadas con algún tipo de alteración como demencia no especificada, trastorno afectivo bipolar, trastornos de personalidad, esquizofrenia, deterioro cognitivo, depresión, trastorno mental asociado a disfunción cerebral, trastorno de ansiedad y Parkinson.

5. Resultados

Para presentar los resultados del presente estudio, se consideraron fuentes secundarias relacionadas con el análisis de las dinámicas de corresponsabilidad en el cuidado de personas mayores. Esto permitió identificar potenciales aspectos que se relacionan con la experiencia de campo en la comunidad de cuidado.

En lo que respecta al CCC Hogar Casa Santa María, se han analizado fuentes de carácter sociodemográfico que se basan en la caracterización de la población. Además, para complementar

los resultados, se ha ampliado dicha información mediante una entrevista semiestructurada con el equipo psicosocial de la entidad. De este modo, se han establecido cuatro categorías:

- a) Corresponsabilidad Estatal;
- b) Corresponsabilidad del mercado
- c) Corresponsabilidad de la Sociedad Civil y
- d) Corresponsabilidad Familiar.

Dichas categorías hacen alusión a lo establecido por la Constitución Política de Colombia en su artículo 46, el cual establece que "el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria" (CPC, 1991, pág. 22). Sobre la base del análisis de las categorías sugeridas, se presentan los argumentos descriptivos que dan cuenta del objeto de la investigación.

5.1 Corresponsabilidad Estatal en el cuidado a las personas mayores en situación de vulnerabilidad social en el Distrito Capital

El acelerado proceso de envejecimiento poblacional que atraviesa el país también se refleja en el Distrito Capital. Allí, los cambios en la composición de la familia, la incorporación de las mujeres al mercado laboral y las desigualdades sociales, entre otros factores, han expuesto dificultades en el cuidado de los más vulnerables en el entorno familiar, como los niños y las personas mayores.

Asimismo, se suman a este problema las dificultades que enfrentan las familias para manejar las condiciones de discapacidad y las alteraciones psicosomáticas. Aunque estas no son una constante en la población mayor no deben entenderse como una condición propia del envejecimiento, sí son susceptibles de desarrollarse debido a determinantes personales, estilos de vida y condiciones previas.

En relación con los desafíos que plantea el envejecimiento poblacional, especialmente en lo que respecta a la población mayor socialmente vulnerable que requiere cuidados integrales en el entorno institucional, la Secretaría de Integración Social del Distrito Capital ha implementado el proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá

cuidadora e incluyente". Este proyecto está en consonancia con la Política Pública Social para la Vejez y el Envejecimiento de Bogotá, y responde a sus líneas de acción: a) Vivir como se quiere en la vejez, b) Vivir sin humillaciones en la vejez, c) Envejecer juntos y juntas y d) Vivir bien en la vejez.

El proyecto está dirigido a personas mayores de 60 años que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, económica, familiar y de salud. En la actualidad, se ofertan mil setecientos (1700) cupos distribuidos entre personas mayores con dependencia moderada (830) y personas mayores con dependencia severa (870). Además, la Secretaría de Integración Social ha dispuesto de 21 centros de protección social o comunidades de cuidado para atender a esta población en el marco del proyecto mencionado.

El CCC Hogar Casa Santa María, ubicado en FUMDIR, forma parte de este grupo de operadores de la SDIS, y brinda atención integral a 50 personas mayores.

La responsabilidad de cubrir las necesidades fisiológicas, económicas, psicológicas y sociales de la población atendida por el proyecto 7770, resalta el papel determinante del Estado y sus instituciones en relación con las personas mayores vulnerables. En ausencia de este tipo de iniciativas, y en el marco de la implementación de políticas públicas, dicha población estaría en alto riesgo.

Sin embargo, es importante señalar que, a pesar del significativo y constante aumento de este grupo etario particularmente vulnerable, la demanda de nuevos cupos es constante y podría potencialmente desbordar la capacidad institucional para cubrir las necesidades de un colectivo heterogéneo en términos de su salud física y psicosocial que requiere atención.

De manera específica, se ha encontrado que cada uno de los ítems que dan cuenta de la satisfacción de las necesidades de las personas mayores por parte de la institución en representación del Estado se cumple adecuadamente. En lo que respecta a las necesidades fisiológicas, la comunidad de cuidado proporciona alimentos que cumplen con los requerimientos nutricionales de las personas mayores en cada caso. Además, en términos del alojamiento como necesidad fisiológica, el CCC Hogar Casa Santa María corresponde a un

Centro de Protección Social en modalidad institucional, lo que satisface plenamente la necesidad de vivienda en este sentido.

En relación con el cuidado de la enfermedad, la comunidad de cuidado cuenta con un equipo interdisciplinario que comprende a cuidadores formales en distintas áreas, a saber: nutrición, enfermería, psicología, trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional y gerontología. Asimismo, en el marco de los determinantes del envejecimiento activo en relación con el sistema de salud y los servicios sociales, todas las personas mayores están vinculadas al sistema con su respectivo plan obligatorio de salud, el cual se activa y hace efectivo de acuerdo con los requerimientos y características de cada caso.

Las necesidades económicas también son uno de los determinantes del envejecimiento activo. Por lo tanto, la comunidad de cuidado tiene la responsabilidad de promover actividades productivas y emprendimientos bajo la directriz de la SDIS. Si bien el Estado cubre las necesidades fisiológicas de las personas mayores en la comunidad de cuidado, la posibilidad de tener autonomía transaccional y de satisfacer gustos particulares basados en su autonomía es esencial.

Para las personas mayores que reciben una pensión o apoyo económico de un familiar, esta necesidad puede estar resuelta parcial o totalmente. Sin embargo, para las personas mayores institucionalizadas y socialmente vulnerables, la dependencia de esta necesidad es significativa. Aunque el Estado a través de las comunidades de cuidado no provee recursos directamente para fomentar la autonomía económica, sí promueve emprendimientos y proyectos productivos que son gestionados y financiados bajo la tutoría de la SDIS.

En condiciones adecuadas, la familia proporciona el escenario ideal para satisfacer necesidades relacionadas con el fortalecimiento de la autoestima y la identidad. De esta manera, se provee a la persona mayor de un equilibrio psíquico que contribuye a la compensación emocional y al cubrimiento de las necesidades sociales que le permiten sentirse incluido e identificado en la dinámica familiar.

De esta manera, se puede deducir que cubrir las necesidades de orden psicológico y social en el entorno institucional de una comunidad de cuidado es un desafío. Esto se debe a que ningún cuidador formal puede reemplazar la influencia que un familiar puede tener sobre una persona mayor al implementar estrategias para satisfacer los requerimientos que afectan su identidad, trascendencia, sentimiento de arraigo y pertenencia al grupo. Sin embargo, en todos los casos, el equipo interdisciplinario, en particular el equipo psicosocial, debe promover estrategias que, de acuerdo con los recursos disponibles, permitan intervenir en las necesidades sociales y psicológicas que contribuyen a un envejecimiento saludable de la población institucionalizada.

Es importante señalar que la respuesta al cubrimiento de este tipo de necesidades siempre es positiva, ya que las personas mayores mejoran su actitud hacia sí mismas y hacia sus pares, aumentan su motivación para participar en las distintas actividades promocionales y preventivas del centro, y además, muestran mejores procesos de adherencia a tratamientos o procedimientos que potencialmente podrían requerirse para mejorar y mantener su salud integral.

5.2 Corresponsabilidad del mercado en el cuidado a personas mayores socialmente vulnerables

El presente estudio reconoce la respuesta del mercado a los argumentos planteados y sugiere, en consideración, la inclusión del siguiente apartado. Si bien se tiene en cuenta como un agente de intervención frente a la demanda de cuidado, no se incorpora de manera significativa en el estudio, ya que la comunidad de cuidado sobre la cual se desarrollan los objetivos de investigación corresponde a un centro de protección social público para personas mayores.

Sin embargo, hacer referencia al mercado como corresponsable en la satisfacción de las necesidades de la población mayor y su cuidado implica tomar en cuenta las demandas de cuidado que tanto los individuos como la colectividad de personas mayores han venido requiriendo de manera paralela al proceso de transición demográfica que ha resultado en un envejecimiento poblacional sistemático en el Distrito Capital.

Las demandas de cuidado, en consecuencia, han dado lugar al surgimiento no solo de respuestas públicas por parte del Estado, sino también del sector privado, que ofrece hogares geriátricos, hogares gerontológicos, centros de vida y centros de día, entre otras opciones, para satisfacer las necesidades de la población mayor con capacidad de pago. "En Bogotá el promedio de registros de estos nuevos establecimientos comerciales en la década de 1990 fue de 9 por año; en la década de 2000 fue de 30, y el promedio entre 2020 y 2013 fue de 36" (Pineda, 2015, pág. 251).

En complemento de lo referido, y de acuerdo a lo planteado por este investigador, en el año 2014 había un registro oficial que indicaba la existencia de 521 centros de protección social para personas mayores. Es muy probable que, considerando el crecimiento de este grupo etario y sus ya mencionadas demandas de cuidado, esta cifra haya aumentado para satisfacer los requerimientos planteados en el marco de las necesidades de la población mayor.

5.3 La sociedad civil como agente satisfactor de necesidades de la persona mayor en el entorno institucional de la comunidad de cuidado

De acuerdo con Pineda (2015), "Para Bogotá se identificaron alrededor de 190 entidades de cuidado de ancianos sin ánimo de lucro. Existen iniciativas marginales y pequeñas casas que cuidan alrededor de cinco ancianos en barrios populares que no se encuentran registradas" (págs. 251-252).

La respuesta de la sociedad civil frente al cubrimiento de necesidades de las personas mayores en lo que respecta a su cuidado ha generado iniciativas a través de la creación de fundaciones, corporaciones, asociaciones y otras figuras que persiguen objetivos sociales relacionados con la oferta de servicios para personas mayores.

Las entidades mencionadas se involucran en el desarrollo de actividades de cuidado a nivel comunitario, lo cual tradicionalmente ha sido realizado por la iglesia a través de sus parroquias o grupos de líderes organizados que mantienen su oferta de servicios mediante la caridad y donaciones para cubrir los requisitos básicos de la población atendida.

El CCC Hogar Casa Santa María de FUMDIR es un garante de la corresponsabilidad que tiene la sociedad civil en el cuidado de la población mayor socialmente vulnerable. Forma parte de un grupo de entidades que participan en procesos licitatorios con el Distrito Capital para proveer servicios de atención y cuidado en la modalidad institucional.

5.4 Corresponsabilidad familiar en la satisfacción de necesidades de cuidado en el entorno institucional

En lo que respecta a la presente investigación, la corresponsabilidad alude a la distribución de responsabilidades de cuidado según las competencias de cada agente social.

Como se ha mencionado anteriormente, la población mayor descrita en este estudio se caracteriza por su vulnerabilidad social, y en el 96% de los casos, el abandono ha sido identificado como la causa principal de su institucionalización. Sin embargo, el equipo psicosocial, especialmente el área de Trabajo Social, ha llevado a cabo acciones para ubicar a las familias, establecer contactos y realizar procesos estratégicos de sensibilización sobre la importancia de mantener y fortalecer los vínculos con sus familiares e incluso gestionar la posibilidad de que las personas mayores regresen a su entorno familiar.

Se debe tener en cuenta que, si bien las familias refieren no contar con los recursos necesarios para suplir las necesidades integrales de orden fisiológico y económico, se hace hincapié en el papel preponderante de este agente social frente al cubrimiento de necesidades sociales y psíquicas.

De esta manera, y en relación a la gestión realizada, se han logrado identificar y ubicar a referentes familiares en el 56% de los casos de las personas mayores institucionalizadas que forman parte de la comunidad de cuidado; sin embargo, solo en el 14% de los casos, esta red familiar contribuye a la satisfacción de necesidades de tipo afectivo a través de visitas, llamadas telefónicas y ocasionalmente apoyando en procesos relacionados con los requerimientos de la entidad frente a contingencias de salud o convivencia que se presentan en el entorno institucional.

De acuerdo con lo expuesto, se deduce que en el 86% de los casos, la red familiar no es activa, ya que los miembros de este agente social, quienes tienen vínculos de consanguinidad con la persona

mayor, no muestran interés ni motivación para contribuir a satisfacer las necesidades psicológicas o sociales, y mucho menos, las de orden fisiológico y económico.

En relación al porcentaje mencionado (86%), y en el transcurso de la entrevista semiestructurada, el equipo psicosocial del área de Trabajo Social sugiere que las razones que justifican esta situación están relacionadas con procesos de perdón no elaborados. En el caso de estas personas mayores, se considera que hay ausencia de apoyo en el mismo contexto de necesidades que se discuten en el presente estudio.

De esta manera, a través de los distintos medios dispuestos por la entidad para fortalecer y mantener la comunicación, hijos, hermanos, padres o sobrinos sugieren no tener afinidad ni arraigo identitario a nivel familiar. Además, relatan una historia de vida que incluye situaciones de abandono familiar total, transitorio o intermitente, así como ocasiones de maltrato físico y psicológico, consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas que fracturaron el vínculo con su medio familiar. En la actualidad, se presenta una ausencia de reciprocidad intergeneracional que, según su experiencia, justifica la falta de apoyo en la satisfacción de necesidades en las actuales circunstancias.

En concordancia con el 56% de los casos en los que se ha identificado una red familiar, resulta destacable que, en todos los casos, estas personas mayores expresen su deseo de regresar a su entorno familiar, aunque solo en dos (2) casos, lo que equivale al 7%, se ha logrado con éxito hacer realidad esta posibilidad.

En relación al 93% de los demás casos, las familias han expuesto barreras en un 41% relacionadas con una limitada o nula disponibilidad de tiempo para el cuidado. Esta falta de disponibilidad se expresa no solo en la atención de las necesidades básicas de la persona mayor en el hogar, sino también en la gestión con las entidades de salud para consultas e interconsultas necesarias para el control de sus patologías de base. Además, se expresa esta misma dificultad en la disponibilidad de tiempo para atender gestiones personales no relacionadas con el cuidado de la salud.

En el 20% de los casos, se expresan dificultades relacionadas con recursos económicos limitados que no permiten cubrir las necesidades fisiológicas básicas tanto de la persona mayor como de su familiar o cuidador potencial de manera adecuada.

En el 17% de los casos restantes, se expresa desconocimiento en el manejo de las patologías de base, lo que genera temor e inseguridad en los familiares frente a la posibilidad de no poder manejar adecuadamente las contingencias en el cuidado crónico, especialmente si la persona mayor sufre de algún tipo de padecimiento psicosomático o mental que requiera una atención intensiva.

En el 15% de los casos en los que las familias no desean que las personas mayores retornen a su hogar, argumentan el temor a que se alteren los patrones de convivencia establecidos con los demás miembros de la familia. También se consideran factores de riesgo ante la posibilidad de una reincidencia en situaciones de maltrato, abuso de confianza, y consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, especialmente en aquellos casos donde se han presentado antecedentes de este tipo de situaciones.

De esta manera, en el marco de la corresponsabilidad y de la satisfacción de necesidades, estas familias proponen como alternativa principal la continuidad del cuidado en el entorno institucional. Por su parte, ofrecen apoyo emocional y social a través de llamadas y visitas ocasionales que no implican la posibilidad de un retorno definitivo al entorno familiar. No obstante, plantean la opción de estancias transitorias que no superen un período de entre 8 y 15 días, siempre y cuando dicha estadía concluya con el reingreso de la persona mayor al entorno institucional de cuidado.

6. Conclusiones

El siguiente apartado del estudio expone sus conclusiones de manera desagregada, teniendo en cuenta el trabajo de campo previamente referido, así como el análisis en contraste con la bibliografía consultada, buscando aportar elementos para comprender la dinámica de corresponsabilidad en el cubrimiento de necesidades de la población mayor institucionalizada.

De esta manera, las principales conclusiones son:

El punto de partida para comprender la dinámica de corresponsabilidad en el cuidado de la población mayor en el entorno institucional es el reconocimiento e identificación de sus necesidades

fisiológicas, económicas, psicológicas y sociales. En este sentido, se reconoce que dichas necesidades son comunes a todas las personas mayores, independientemente de su condición social, y son potencialmente satisfechas en mayor o menor medida por la familia como agente social primario. No obstante, existen múltiples razones que explican la imposibilidad sistemática de este agente social para proveer los distintos recursos necesarios para cubrir estas necesidades.

Se destacan, en consecuencia, aspectos similares a los relacionados en otras investigaciones que sugieren cambios en la composición de la familia, así como el progresivo ingreso de las mujeres en los entornos laborales y potenciales escenarios de desigualdad social, no solo en la vejez, sino a lo largo del curso de vida de las personas sujetas al presente estudio. En el contexto de su identificación como sujetos socialmente vulnerables, se ha encontrado que la principal causa de institucionalización es el abandono.

Por otra parte, en relación con la familia como principal proveedor de cuidados, en este estudio se han encontrado múltiples investigaciones que documentan de manera amplia la necesidad de cambiar los patrones de distribución, contribución y acuerdos de las responsabilidades de cuidado a las personas mayores cuando se encuentran en su medio familiar. Sin embargo, no se ha logrado identificar en igual magnitud un número importante de investigaciones que planteen la corresponsabilidad en los referidos patrones de distribución de las cargas para cubrir sus necesidades cuando las personas mayores se encuentran en entornos institucionales cubiertos por el Estado.

Se destaca que, efectivamente, frente a la crisis del cuidado generada por los distintos desafíos que plantea el envejecimiento poblacional, el Estado no ha previsto de manera anticipada, mediante instrumentos de política pública específica, la organización social de los cuidados que, en el escenario de la transición demográfica, se proyecta como de alta relevancia.

Como parte de la experiencia de trabajo de campo, se encontró que la Secretaría de Integración Social, en el marco de la implementación de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital, busca dar respuesta a las necesidades de la población mayor socialmente vulnerable en el entorno institucional. Sin embargo, es imprescindible complementar estas acciones con la formulación e implementación de políticas de cuidado específicas que abarquen los distintos contextos en los que se cubren las necesidades de la población mayor. Estas políticas deberían

especificar los alcances e intervenciones de los distintos agentes sociales (Estado, sociedad civil, mercado y familia), y permitir la negociación de acuerdos sobre las responsabilidades compartidas de cuidado y la satisfacción de necesidades de las personas mayores, independientemente de su condición de vulnerabilidad o dependencia.

Como se ha expuesto previamente, en el Distrito Capital la responsabilidad del Estado de cubrir las necesidades de las personas mayores que necesitan cuidado en entornos institucionales recae en centros de protección social o comunidades de cuidado. En consecuencia, se concluye que las acciones de cuidado se han ido incorporando de manera sistemática en paralelo con el envejecimiento poblacional y sus demandas. Sin embargo, actualmente, un 20% del total de personas mayores, que representa un promedio de cuatrocientas, sigue esperando un cupo para ingresar a uno de estos centros. A pesar de ello, esta posibilidad está sujeta a la dinámica de egresos que se corresponde con el retorno al medio familiar o el fallecimiento de alguna de las personas mayores, lo que daría cuenta de la disponibilidad de cupos.

Es importante señalar que el retorno al medio familiar es limitado debido a que la mayoría de los ingresos a los centros de comunidad de cuidado se han dado por situaciones de abandono. Aunque los equipos psicosociales realizan acciones para encontrar a sus familias y fortalecer los lazos, hay cuatro aspectos determinantes que impiden su reintegro. En primer lugar, las familias afirman no tener suficiente tiempo para el cuidado que implica cubrir las distintas necesidades de la persona mayor. En contraste, el segundo argumento es que no cuentan con los recursos económicos para cubrir las necesidades fisiológicas.

La falta de conocimiento sobre cómo manejar a una persona mayor con patologías de base y padecimientos psicosomáticos, coincidentes con enfermedades mentales, se identifica como la tercera razón que limita el retorno de estas personas mayores a sus hogares. Este desconocimiento provoca temor ante cualquier contingencia de salud somática o psiquiátrica que pueda presentarse y frente a la cual no sepan cómo reaccionar. Finalmente, el miedo a la reincidencia en el uso de sustancias psicoactivas y la ingesta de alcohol, que puede ir acompañada de agresiones físicas o verbales hacia los familiares, constituye la cuarta razón detrás de los desistimientos. No obstante, es paradójico que el estudio indique que, en todos los casos, las personas mayores desearían regresar con sus familias.

Se puede deducir que, en un contexto institucional, el Estado asume la responsabilidad total de cubrir las necesidades de cuidado de personas mayores que son socialmente vulnerables. Esta situación se debe principalmente al abandono y la exclusión social que sufren estas personas. En los casos en los que la familia es considerada como un agente social activo, su participación en el cuidado es parcial y se enfoca en brindar apoyo psicológico y social. Esto se debe a que no se contempla la posibilidad de que las personas mayores regresen a sus hogares por diversas razones, como la falta de tiempo, la falta de conocimiento sobre cómo manejar patologías de base, la escasez de recursos económicos y el temor a las consecuencias negativas en la dinámica familiar, como la reincidencia en el uso de sustancias psicoactivas, la ingesta de alcohol y los malos tratos.

En este sentido, las familias consideran el entorno institucional como una alternativa que implica una distribución homogénea de responsabilidades en el cuidado, ya que en este lugar se cubren las necesidades fisiológicas, económicas, psicológicas y sociales de manera formal. Sin embargo, el apoyo subjetivo de la familia en el refuerzo del cuidado de las necesidades sociales y psicológicas es visto por la entidad como una contribución significativa dentro del marco de los patrones de distribución de responsabilidades mencionados.

En el caso de las personas mayores que no tienen una red familiar identificada y, en particular, en aquellos que tienen una red familiar pero no es activa, los patrones de distribución de responsabilidades son difíciles de conciliar. La entidad proporciona apoyo para cubrir todas las necesidades a través de los distintos recursos formales disponibles en el entorno institucional.

En el caso particular del Centro Comunidad de Cuidado Hogar Casa Santa María, cabe destacar que está ubicado al interior de la Comunidad Religiosa de San Felipe Neri y la Fundación Misioneros Divina Redención. Por consiguiente, su intervención y contribución en los procesos como sociedad civil coadyuvan en el cubrimiento de necesidades psíquicas, sociales y espirituales de todas las personas mayores, en especial aquellas que carecen de apoyo familiar.

Es importante señalar que, en todos los casos, la familia como agente social que participa en las dinámicas de interacción institucional de las comunidades de cuidado, es determinante. Esto se debe a que, en base a la evidencia, la presencia de familiares en espacios de visita y comunicación continua proporciona una compensación significativa frente a cuadros de ansiedad o procesos de

agitación emocional. Esto tiene un impacto en la disposición al cumplimiento terapéutico, la ingesta adecuada de la dieta y la relación con sus compañeros.

De esta manera, se percibe que la familia resulta ser determinante en el mejoramiento de actitudes y disposición en el contexto del cuidado. Además, conlleva una serie de responsabilidades que tienen un impacto significativo, y que un cuidador formal no tendría el mismo nivel de calidad en su alcance.

Finalmente, en sentido crítico, se destaca la necesidad de fortalecer - en todos los ámbitos – una cultura Gerontológica o del envejecimiento que transversalice de manera integral los distintos esfuerzos sobre los cuales, da cuenta el abordaje de los desafíos que plantea el cuidado y la corresponsabilidad de este en lo referente a las personas mayores.

A nivel institucional y gubernamental, se ha avanzado en un camino sobre el cual se han trazado las directrices que a nivel individual y colectivo den cuenta de un envejecimiento activo y saludable; sin embargo, si bien, se han insertado el desarrollo de acciones en el cumplimiento normativo y de disponibilidad de apertura para la dinamización de políticas públicas con alcance al curso de vida y su énfasis en el momento vital de la vejez; su implementación sugiere desafíos más allá del cumplimiento programático que se ajusté al alcance de metas de un periodo de gobierno en los distintos niveles de la administración territorial.

Es imperativa la necesidad de generar una cultura del envejecimiento y la vejez, y retomar el fortalecimiento de la transversalización de los determinantes de cultura y género que en los distintos ámbitos de la vida cotidiana y en los procesos de corresponsabilidad, permitan incorporar a la identidad colectiva e individual un genuino respeto por el curso de vida, en cuanto la disposición de los distintos recursos que permitan sistemáticamente el logro de una sociedad para todas las edades, y el posicionamiento del envejecimiento activo y saludable con perspectiva Gerontológica.

7. Bibliografía

- Álvarez, I. (2018). Corresponsabilidad social en los cuidados. Conceptos básicos y legislación vigente en El Salvador. *ANÁLISIS*, 2-18.
- Álvarez, M. (2015). Políticas públicas de cuidado con corresponsabilidad. *CEDEM / NOVEDADES EN POBLACIÓN*, 130-136.
- Anzola, A. (2011). La sociedad civil y la corresponsabilidad: De lo formal a lo real. *Compendium*, 63-75.
- Calzada, M., & Ocampo, J. (2018). Conceptualización de cuidador institucional de persona mayor en Colombia . *Rev. Salud Pública.*, 20 (4): 511-517.
- Carral, C. (2015). La responsabilidad de cuidar a personas en situación de dependencia, una propuesta teórica para la elaboración de políticas públicas. *ENCRUCIJADAS. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, [ISSN 2174-6753, Vol.10: a1005] .

- Casado, R., & Ruiz, E. (2013). Estrategias de provisión de cuidados familiares a personas mayores dependientes. *Index de Enfermería*, 142-146.
- Celi, P. (2021). Percepciones sobre la corresponsabilidad entre el Estado Ecuatoriano y las familias en el cuidado de las personas mayores. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 175-209.
- Ceminari, Y., & Stolkiner, A. (2018). El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. (págs. 38 - 41). Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. .
- Combellas, R. (2002). La constitución de 1999 y la reforma Política. Implicaciones para la gobernabilidad democrática. *Revista venezolana de Ciencia Política. No 22 Julio - Diciembre 2002. Centro de investigación de política comparada. Posgrado de Ciencia Política. ULA, Merida*.
- Comelin, A. (2014). ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 111-127.
- Comelin, A., & Leiva, S. (2018). Necesidades emergentes del cuidado informal de mayores dependientes: Develando las voces de los cuidadores familiares. *Inrerciencia*, 358-364.
- Consejo de Europa . (1998). Recomendación No (98) 9 Del comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia (Adoptada por el comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998, en la 641 g reunión de Delegados de Ministros). Consejo de Europa.
- CPC. (1991). Constitución Política de Colombia. República de Colombia.
- Curbelo, J., Santa Cruz, E., & Sosa, A. (2017). Jóvenes, cuidados y corresponsabilidad de género : aportes para una estrategia que contribuya a la emancipación y autonomía de las jóvenes uruguayas. *XVI Jornadas de Investigación : la excepcionalidad uruguaya en debate: ¿como el Uruguay no hay?* Udelar. FCS.
- DPS . (Junio de 2019). Manual Operativo Familias en Acción . *Departamento Administrativo para la Prosperidad Social*. Bogotá .
- Dueñas, O., Riaño, G., Palacios, M., & Sierra, J. (2011). *Derechos Humanos y políticas públicas para el adulto mayor: Situación en Colombia y referencias Iberoamericanas*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Flores, R. (2018). Vejez, violencia y dependencia. un análisis desde los aspectos jurídicos de las políticas públicas. *Kairos. Revista de Temas Sociales*, 1-19.

- Flórez, C., Martínez, L., & Aranco, N. (Septiembre de 2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo- BID.
- GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANITAT. (2014). *Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario*. Generalitat. Conselleria de Sanitat.
- Giraldo, C. (2009). La corresponsabilidad como principio "condicionado" al logro de un acuerdo sobre la sociedad que se desea . *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 195-203.
- Gutierrez, R. L., García, P. M., & Jiménez, B. J. (2014). *Envejecimiento y dependencia, realidades y previsión para los próximos años*. . México. : Intersistemas.
- Huenchuan, S., & Rodriguez, R. (2015). *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la ciudad de México Diagnóstico y lineamientos de política*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Huenchuan, S., & Rodríguez, R. (2015). *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la ciudad de México Diagnóstico y lineamientos de política*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Huenchuan, S., Roque, M., & Arias, C. (2009). *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Iriarte, E., Rivera, M., & Araya, A. (2019). Vivir en dependencia: Develando la experiencia de la persona mayor dependiente. *Revista Internacional de Cuidados de Salud Familiar y Comunitaria*, 1-6.
- Jefatura del Estado. (14 de Diciembre de 2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado; Legislación Consolidada.
- Julve, M. (2006). Dependencia y cuidado: Implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. . *Acciones e investigaciones sociales*, ISSN 1132-192X, N° Extra 1, 2006, pág. 260.
- Montes, E. (2017). La ausencia de corresponsabilidad, freno para el desarrollo de la carrera laboral femenina en la academia. . *Feminismo/s*, 221-242.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología Social*. Barcelona: Herder.
- OEA. (2015). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Washington : Organización de Estados Americanos.
- Pérez, L., Colin, A., & González, L. (2018). *Diagnóstico de corresponsabilidad del Estado Mexicano en el trabajo del cuidado*. México.
- Pineda, J. (2015). Vejez, dependencia y cuidado en Colombia. En A. Novoa, P. Rodríguez, F. Vejarano, C. Curcio, F. González, Á. Hernández, . . . L. Zamudio, *Envejecer en Colombia* (pág. 346). Bogotá: Externado.

- PNUD. (2018). Guía para implementar buenas prácticas laborales de corresponsabilidad social de los cuidados en las organizaciones. Costa Rica: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Puig, M., Sabater, P., & Nuria, R. (2012). Necesidades humanas: Evolución del concepto según la perspectiva social. . *Aposta. Revista de Ciencias Sociales* , 1-12.
- Querejeta, M. (2004). *Discapacidad / Dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación* . Madrid : IMSERSO.
- Red2Red Consultores. (2008). *Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres: Valoración económica*. Madrid: Instituto de la mujer (Ministerio de Igualdad) .
- Rincón, C., Stolle, A., & Rodriguez, C. (2014). El potencial de la corresponsabilidad en el ámbito universitario: una experiencia de trabajo colaborativo desde la biblioteca para la formación en la prevención de la violencia de género. *Anales de Documentación*, 1-15.
- Rompaey, E., & Perez, I. (2019). Cuidados, políticas públicas y cambio social. *XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales*. (págs. 1-20). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Ronzón, H. Z., Vázquez, P. F., & Murguía, S. V. (2017). *Vejez y Vulnerabilidad*. México: gedisa.
- Ruiz, A., & Nava, M. G. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol (Mex)*, 163-169.
- Sánchez. (03 de 12 de 2013). Corresponsabilidad público - privada en el cuidado de personas con discapacidad mental en situación de dependencia en Chile. *Tesis para optar al grado de Magister en Gestión y Políticas Públicas*. Santiago de Chile, Chile.
- Sánchez, G., & Palacio, M. (2013). Cuidado familiar, orden discursivo hegemónico y contrahegemónico. *rev.latinoam.estud.fam.*, 29-45.
- Serrano, S., & Vázquez, D. (2013). Los derechos humanos en acción: operacionalización de los estándares internacionales de los derechos humanos, . Mexico DF: FLACSO.
- Stefoni, C. (2001). Mujeres inmigrantes en Chile ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos? . Santiago de Chile, Chile : Universidad Alberto Hurtado .
- Torns, T. (2011). Conciliación de la vida laboral y familiar o corresponsabilidad: ¿el mismo discurso? *RIDEG*, 5-13.
- Uribe, Z. (2006). Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. México: Secretaría de Salud .