



El cuidado institucionalizado de la vejez en Bogotá 2013 y 2023

Autores

**Javier A. Pineda Duque
Aranzxa Borda Quintero**

Bogotá, julio de 2025

El cuidado institucionalizado de la vejez en Bogotá 2013 - 2023

Javier A. Pineda D.¹
Aranzxa Borda Q.²

Introducción

Actualmente los países de América Latina atraviesan la denominada *crisis de los cuidados*, donde la demanda va en aumento por los cambios demográficos y la oferta en caída por la reducción del tamaño de las familias y la menor disponibilidad de miembros - generalmente mujeres- para cuidar. Lo anterior se evidencia en el abandono de personas mayores, la falta de infraestructura y capacidades para cuidar a personas con discapacidades y enfermedades de alto costo y la sobrecarga física y emocional de los trabajos de cuidado en las mujeres, en quienes recae el sostenimiento de la vida. Esta crisis se agudizó y evidenció durante la pandemia del COVID-19 (Oxfam, 2022; Batthyány, Pineda y Perrotta, 2024; Guimarães, Gottfried, Hirata y Pineda, 2025).

Se entiende como cuidado al trabajo formal o informal, remunerado o no, dirigido a todas las personas, pero especialmente a poblaciones con cierto grado de dependencia para desarrollar actividades cotidianas o con necesidades especiales, como son niñas, niños, personas en condición de discapacidad o personas mayores con alguna dependencia. El trabajo de cuidado hacia personas mayores siempre ha presentado carencias y debilidades debido al edadismo, al paradigma asistencialista o paternalista, en contextos de devaluación de la vejez, el poco reconocimiento social y económico, la insuficiencia de recursos y la carga social y emocional que experimentan las personas que lo ejercen (Arreseigor, 2021; Comas-d'Argemir y Bofill-Poch, 2022; Ortega, Sancho y Stampini, 2021 y Robles, 2005).

Desde el estado del arte en América Latina en torno a género y cuidado, se resaltan cuatro aspectos que permiten entender la crisis. Primero, la mayor parte del trabajo de cuidado es realizado por mujeres, de manera no paga o precarizada, esto como resultado de la división sexual del trabajo, que privilegia y excluye a los hombres del ámbito privado y de la culpa, reforzado por una infraestructura de políticas públicas marginales (Scavino y Aguirre, 2016; Failache *et. al*, 2024). Segundo, la doble feminización del cuidado, donde por un lado este trabajo es ejercido en su mayoría por mujeres y, por otro, donde a quienes se cuidan en su mayoría son mujeres ancianas (Scavino y Aguirre, 2016). Esto hace un llamado de atención a que las mujeres cuidadoras están envejeciendo y que van a necesitar cuidados, no obstante, el acceso a un cuidado integral y digno, no es posible en muchos hogares y, el cuidado institucionalizado es costoso en las instituciones privadas y de baja cobertura en la red de apoyo público, además de las limitaciones por la falta de pensión (CEPAL, 2022; Jiménez Brito, 2023).

¹ Profesor asociado al Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo Cider, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de los Andes. jpineda@uniandes.edu.co

² Investigadora, egresada de la Maestría en Género del Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo Cider, Universidad de los Andes. l.borda@uniandes.edu.co

En países de América Latina las mujeres que cuidan en casas gerontológicas a personas mayores, no son solo profesionales en áreas sociales o de ciencias de la salud, muchas veces son trabajadoras domésticas donde su trabajo prescrito, es decir el trabajo por el cual fueron contratadas y por el cual se les paga, no incluye las labores de cuidado, sino que son una carga adicional no paga, convirtiéndose muchas veces en su principal función y por ende en su trabajo real (Pineda 2021 y Torres y Rodríguez, 2021). Cuando las trabajadoras domésticas desempeñan los trabajos de cuidado, estas se encasillan en el ámbito de lo doméstico, de aquí que el trabajo de cuidado sea invisibilizado y las condiciones laborales sean precarias o no reconocidas salarialmente (Robles, 2021 y Durán, 2011).

Tercero, las condiciones laborales suponen un riesgo a nivel de salud mental de las cuidadoras, pues se enmarca en el trabajo corporal entendido como “trabajo físico en el cual el cuerpo es sujeto del trabajo, a la vez que sitio u objeto sobre el que los servicios son realizados” (Pineda, 2014, p. 54), donde la carga y gestión emocional aumentan. Lo cual se evidenció en la pandemia, puesto que las cuidadoras se encontraban sujetas a estrés crónico, “dolor emocional, sufrimiento, tensión y síndrome de ‘burnout’ cuidador” (Blanca-Gutiérrez et al. 2012, p. 222), ocasionados por la sensación de incertidumbre y miedo que generó el aislamiento social, la exposición y contagio no solo de cuidadoras sino también de sus familias y el riesgo de muerte, especialmente de las personas mayores, con quien generalmente generan algún tipo de vínculo emocional.

El cuarto aspecto, sobre la familiarización y la organización social del cuidado, está relacionado con los cambios en la composición y tamaño de familias, y la salida de las mujeres al ámbito laboral público (Valenzuela, 2010; Pineda, 2019). Generalmente el cuidado de las personas mayores se apoya en la familia o las redes familiares, no obstante, dado los cambios mencionados, este cuidado ha transitado a residencias o centros geriátricos, provenientes del mercado, que atienden a sectores de ingresos medios y altos con capacidad de pago, mientras que el Estado, a nivel nacional y regional, tiene un papel marginal y de poca capacidad y oferta. Así, para las personas mayores, ha surgido una organización social del cuidado en los grandes centros urbanos, que descansa en un acelerado proceso de mercantilización e institucionalización del cuidado (Pineda, 2019; Castiblanco-Moreno y Pineda, 2024).

La creciente demanda de cuidado para personas mayores en condiciones de dependencia, ha llevado a la aparición de un creciente cuidado institucional y comercial desde la sociedad civil y el mercado, con alta segmentación de la oferta y con un posible deterioro de la calidad del cuidado para las poblaciones pobres que logran su institucionalización (la gran mayoría de ancianas y ancianos pobres sigue bajo el cuidado familiar o comunitario en condiciones precarias). El impulso que el mercado le da al trabajo de cuidado en un contexto de creciente demanda por sectores altos y medios de la ciudad, plantea serios cuestionamientos acerca de si el trabajo de cuidado en hogares de ancianos devalúa o no las emociones en favor de la eficiencia operativa y los beneficios (Pineda, 2014, p. 66).

Ahora bien, en Colombia, específicamente en la ciudad capital de Bogotá la organización social de los cuidados proporciona atención institucionalizada para alrededor de 2.000 personas mayores en 17 centros de protección, no obstante, la cola para una plaza

equivale a cientos de personas mayores. Los centros de salud, hospitales y clínicas son los principales lugares usados por las familias para dejar al cuidado de sus parientes. En la ciudad, un promedio de dos personas mayores es abandonada por día, lo que supone que más de 730 al año son dejadas en hospitales o en la calle.

En 2013, presenciamos un crecimiento exponencial de residencias de ancianos y centros gerontológicos, que han captado la creciente demanda de atención para las personas mayores, en un modelo de atención institucional y comercial, con una alta segmentación de la oferta: residencias para personas de bajos recursos y residencias para personas de altos recursos, un claro deterioro en la calidad de la atención para las poblaciones de bajos recursos que llegan a la institucionalización y un modelo insostenible, dado que la gran mayoría de las personas mayores de bajos recursos permanecen bajo cuidado familiar o comunitario en condiciones precarias o simplemente abandonadas y olvidadas (Pineda, 2014, p. 66).

Por lo anterior, desde el Cider (Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo) surge la iniciativa de indagar sobre el cuidado de personas mayores en la ciudad capital, donde se encuentra la infraestructura de cuidado más significativa del país. Durante el año 2013 se llevó a cabo un proceso de investigación, en el marco del proyecto *Vejez y trabajo de cuidado en una sociedad en envejecimiento*. Este tenía como objetivo “analizar y valorar los diferentes servicios de cuidado que ofrecen los hogares gerontológicos de carácter privado a personas mayores, con ánimo o sin ánimo de lucro”. Para esto, se realizaron encuestas a una muestra de 144 casas o centros gerontológicos de Bogotá.

Para el 2022, como respuesta a la crisis de cuidado mundial evidenciada por la pandemia del Covid-19, el Cider junto con académicas de universidades en seis países, inician el proyecto de *Who Cares? Rebuilding Care in a Post-Pandemic World*, el cual tiene como uno de sus ejes principales *El impacto de la pandemia en las necesidades y modalidades de cuidado en los hogares, el mercado y la sociedad*. Es así como, dentro de un grupo de estudios sobre los cuidados, se incluye estudiar nuevamente el cuidado de los centros gerontológicos de Bogotá con el objetivo de *Identificar y analizar el cuidado de la vejez durante la pandemia por el Covid-19 y las condiciones de las cuidadoras en los centros gerontológicos de la ciudad de Bogotá*.

Así, se llevó a cabo en el 2023 una encuesta semejante a la realizada en el 2013, incluyendo los efectos del Covid 19, la cual se aplicó a una nueva muestra de 126 centros gerontológicos de Bogotá. Si bien se pensó realizar una encuesta tipo panel, encuestar los mismos centros gerontológico diez años después, esto no fue posible por los cambios en los establecimientos y las dificultades propias de identificación y acceso a los centros. Por su parte, igual que en 2013, en algunos casos se realizaron entrevistas a profundidad a cuidadoras y cuidadores, con el fin de profundizar y completar cualitativamente el panorama de los cuidados de la vejez en la ciudad.

Dado que la encuesta de 2013 no fue publicada, este informe presenta los resultados de ambas encuestas, comparando la situación del 2023 con la de 2013 y destacando los hallazgos encontrados alrededor de los efectos de la pandemia en el cuidado de la vejez. La información correspondiente a la investigación del 2013, es tomada de la base de datos

original de la encuesta y los informes brindados en el marco del Proyecto (Pineda y Guevara, 2013 y 2014).

Elementos metodológicos

Para la investigación del 2013 se implementó una metodología de corte cuantitativo con la que se buscó obtener la mayor cantidad de información posible sobre los hogares de cuidado de personas mayores, mediante la implementación de una encuesta amplia compuesta de 65 preguntas. Para la identificación del universo de establecimientos residenciales para el cuidado de personas mayores, se partió de distintas bases de datos. En primer lugar se obtuvo la información disponible en la Cámara de Comercio de Bogotá, a partir de los registros comerciales de los dos últimos años; segundo, se obtuvo la base de datos de los centros vigilados por la Secretaría Distrital de Salud; y, tercero, se acudió a los listados de las páginas Web que recopilan información de los hogares gerontológicos y geriátricos de la ciudad. Con el cruce de estas tres fuentes de información se conformó una base de datos inicial con 727 hogares.

Con esta base de datos se inició una revisión y depuración más detallada, de la cual se eliminaron los establecimientos que no atendían específicamente a personas mayores, cuya sede se encontraba fuera de Bogotá en municipios vecinos o que se encontraban repetidos. Nos centramos en hogares gerontológicos y excluimos los centros geriátricos³. Luego se identificó el estrato socioeconómico a partir de la búsqueda georreferenciada, de lo cual se logró contar con la información completa de 461 hogares de cuidado para personas mayores ubicados en la ciudad de Bogotá, en términos de dirección, localidad y estrato socioeconómico.

En principio se quiso hacer un censo completo de los hogares a partir de su ubicación en el mapa de la ciudad, por estratos socioeconómicos y la información del contacto disponible de cada uno. A los propietarios o administradores de los hogares se les contactaría telefónicamente para concertar su voluntad de participar y definir una cita para la encuesta. En la práctica, este proceso no surtió efecto en la medida en que un gran porcentaje de llamadas eran fallidas por cierre, por cambio de domicilio del hogar, porque el número de teléfono no correspondía, o porque las directivas se negaban a colaborar, no se lograron encontrar o incumplían las citas, entre otros inconvenientes.

En la medida en que el censo no se pudo llevar a cabo, se terminó en un diseño muestral estratificado por conveniencia, toda vez que se seleccionaron todos aquellos hogares que fue posible contactar y que expresaron aceptación a participar en la encuesta. Así, se logró la aplicación de la encuesta en una muestra final de 144 hogares; es decir, del universo

³ Si bien los centros gerontológicos y geriátricos funcionan como casas residenciales para las personas mayores, brindan servicios diferentes. Los centros geriátricos, en su mayoría, son operados por entidades de salud pues se atienden las enfermedades y se brindan servicios de rehabilitación, por lo que debe contar con personal médico las 24 horas y tener infraestructura y equipos que permitan atender todos los requerimientos de salud de las personas mayores; por otro lado, los centros gerontológicos brindan servicios de acompañamiento y cuidado a las personas mayores, brindan un servicio integral y no aceptan personas mayores con total dependencia, ni con enfermedades crónicas que requieran asistencia médica 24 horas.

de 461 hogares, se encuestó el 31,2%. Muestra que como veremos resultó representativa según su distribución por estratos socioeconómicos.

Para el 2023, con el objetivo de darle continuidad a la investigación del 2013, se aplicó una encuesta semejante, pero más reducida, de solo 40 preguntas. El formato se basó en el utilizado en el 2013, modificando las preguntas con base en las nuevas necesidades de la investigación, especialmente el captar las dinámicas en materia de cuidado durante el periodo de pandemia, y ajustarla a los cambios conceptuales o teóricos identificados a partir de la revisión de literatura; por ejemplo se eliminaron los apartados de: Procedimientos médicos y emergencias, Procedimientos visitas, Salidas y uso de teléfono; y tampoco se realizaron preguntas sobre la alimentación.

Al igual que en 2013, en 2023 quien respondía la encuesta fueron las y los propietarios o administradores del hogar gerontológico, quienes en su gran mayoría son profesionales de la salud y cuidadores de tiempo completo. Por esta razón, también realizamos entrevistas abiertas con algunas de las cabezas de los hogares, mientras se diligenciaba la encuesta y en otros casos entrevistábamos a una de las cuidadoras contratadas por los hogares. En total contamos con 30 entrevistas que nos permitió profundizar la información y conocer de primera mano las vivencias y sentires durante la pandemia, en los hogares gerontológicos.

Para la selección de los hogares gerontológicos a encuestar se adquirieron las bases de datos de la Cámara de Comercio de Bogotá y de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS)⁴, las cuales se contrastaron con la base de datos filtrada y tratada durante el 2013. Esta base se filtró y depuró teniendo en cuenta los criterios de ser centros gerontológicos, ofrecer servicios de residencia permanente para la vejez, haber estado activas y ejerciendo actividades de cuidado hacia las personas mayores durante la pandemia, y continuar en la prestación de servicios posterior a la pandemia; para el filtro se priorizaron los establecimientos que participaron y siguieron activas durante el 2013.

Es así como se creó el universo disponible de 499 hogares de cuidado gerontológico. Teniendo en cuenta la cantidad de establecimientos registrados y su distribución por localidades, se decide realizar una distribución muestral equivalente al 30% de la relación universal, es decir de 150 instituciones. Para este diseño se tuvieron además en cuenta las variables de ubicación geográfica, estratificación social, antigüedad de la institución e información disponible para escoger durante la aplicación del instrumento, se tuvo en cuenta la cantidad de instituciones en las bases de datos por localidad, organizadas de mayor a menor concentración, con esta se realizó la distribución en la relación de 1 a 3.

Con la información de la base de datos organizada, se identificó una baja participación de estratos 1 y 2, por lo cual la totalidad de estas fueron priorizadas para ser agendadas. Por su parte, se contó con el apoyo de la Subdirección para la Vejez de la SDIS, para llegar a dos de los establecimientos que atienden a población mayor en condición de desamparo y/o

⁴ Después del 2013, dado que los centros gerontológicos no son entidades de salud propiamente, la Subdirección para la Vejez de la Secretaría Distrital de Integración Social adoptó su vigilancia en la ciudad, como parte de la *Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez* de Bogotá.

vulneración de sus derechos en convenio con la Secretaría y, de esta manera, lograr obtener información significativa de las diversas instituciones respecto al cuidado de la vejez en Bogotá.

Al igual que en la experiencia del 2013, se obtuvo en un diseño muestral estratificado por conveniencia, pues se encuestaron a los hogares que por teléfono se lograron agendar para participar, y para el resto el equipo encuestador tuvo que hacer visitas por sectores a los hogares y aplicar a quienes tuvieron la disponibilidad. La meta era realizar 150 encuestas, y se logró realizar 126, de las cuales 71 (56,3 %) fueron hogares participantes en la investigación del 2013.

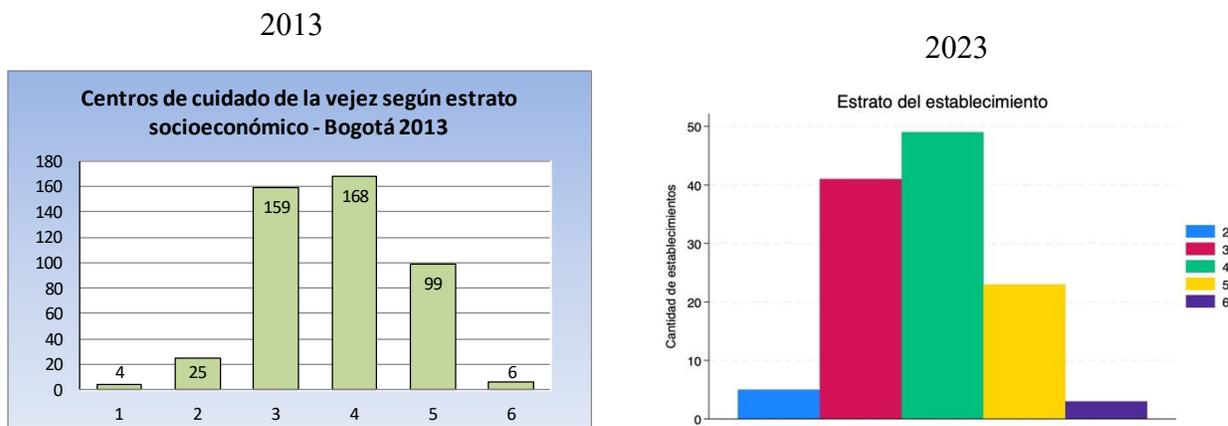
Para el presente documento se tomaron los resultados de las dos investigaciones y se compararon los datos más relevantes, analizando los cambios y resaltando las experiencias en los relatos de las personas cuidadoras y el valor de su trabajo en el contexto de la Pandemia.

Caracterización general de los centros gerontológicos

Estrato socioeconómico

De acuerdo con los dos momentos de investigación, se pudo observar que se mantiene durante una década, sin mayor alteración, la estructura de los servicios de cuidado. La mayoría de los hogares del total en la ciudad, se encuentran en los estratos 3, 4 y 5, lo cual implica alguna capacidad de las personas mayores o sus familias para pagar por el servicio, teniendo en cuenta que estos son privados. Esto ha mantenido claramente la estratificación de la oferta, de acuerdo con la segmentación socioespacial de la ciudad; es decir, los servicios se diferencian claramente por la capacidad de pago de sus usuarios, reproduciendo así la estructura socioeconómica de la ciudad.

Gráfica 1 a y b. Centros de cuidado de personas mayores distribuidos por estratos socioeconómicos. Bogotá 2013 y 2023.

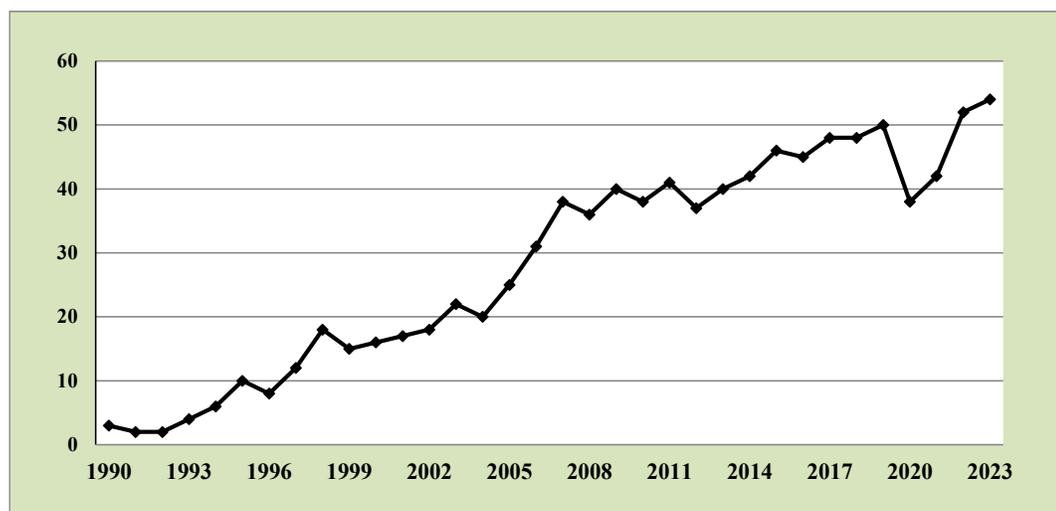


Si bien, la población en Bogotá tiene cerca de un 15% en estrato 1 (SDP, 2021), los centros gerontológicos en este estrato son casi inexistentes; es decir, los barrios en estrato 1 quedan casi totalmente desatendidos. En general los centros gerontológicos de cuidado se ubican en barrios residenciales, en casas adecuadas para el servicio, con el objetivo de atender los grupos de población con la capacidad de pago para sus servicios. En tal sentido, del total de establecimientos gerontológicos de la ciudad en 2013 (461), el 71% (327), se encuentran en estratos 3 y 4, e igualmente, en 2023, del total de encuestados (126), el 71,3% se encuentran en los mismos estratos⁵. Por su parte, mientras el estrato 5 representa el 7% de la población, los centros gerontológicos aquí son el 21,5%. Es decir, la composición no cambió durante la década y los centros favorecen los servicios a estratos medios y altos.

Dinámica de crecimiento

La expansión de los hogares gerontológicos como pequeñas unidades de negocio ante la creciente demanda de cuidado de la vejez, fue verificada tanto en los datos recopilados en 2013 como en 2023. En Bogotá el promedio de registros de estos nuevos establecimientos comerciales en la década de 1990 fue de ocho (8) por año, en la década de los 2000 fue de veintiséis (26) y en los últimos 14 años de cuarenta y cuatro (44) (Gráfica 2). Debe tenerse en cuenta que, como pequeñas empresas de servicios, muchas de estas casas no permanecen en el tiempo, por lo cual su crecimiento neto es menor.

Gráfica 2. Número de centros de cuidado de personas mayores con nuevo registro mercantil por año (Bogotá 1990-2023)



Existe igualmente un número creciente de fundaciones, corporaciones e iniciativas parroquiales y comunitarias que han creado casas de cuidado, en respuesta a las necesidades

⁵ Para la encuesta de 2023 no fue georreferenciada la totalidad de la base de datos de los centros, sino la muestra a partir de verificar su ubicación en la encuesta misma, con la cual se verifica el estrato socioeconómico.

de personas mayores en condiciones de pobreza y abandono. Estas organizaciones subsisten no tanto por el ingreso que generan sus servicios, sino por las donaciones entregadas por el sector privado, de acuerdo con los incentivos tributarios para ello, y por la participación en programas y contratos de prestación de servicios con el sector público. Para Bogotá, se identificaron alrededor de 180 entidades de cuidado de ancianos sin ánimo de lucro; el 38% del total. Existen iniciativas marginales y pequeñas de casas que cuidan alrededor de cinco ancianos en barrios populares que no se encuentran registradas. Para el caso de Bogotá, entre entidades lucrativas y no lucrativas, se estima una cobertura de ancianos institucionalizados que representa el 5,3% del total de personas mayores de 75 años en la ciudad y solo el 1,8% de los mayores de 65 años (Pineda, 2018).

La SDIS en Bogotá lidera la *Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez*, la cual orienta la prestación de servicios para personas mayores en distintas modalidades. Los *centros día* son un servicio social en el día para personas mayores en condición de vulnerabilidad sin mayor dependencia, que promueve el envejecimiento activo y el fortalecimiento de relaciones interfamiliares. Los *centros noche* son un servicio transitorio que garantiza el alojamiento en la noche para personas mayores sin domicilio permanente, con el objetivo de restituir derechos y brindar protección. Cabe señalar que durante pandemia los centros día y noche se volvieron permanentes debido a la necesidad de cuidado de las personas mayores y dado un aumento del abandono. Por último, los *centros de protección social*, que institucionalizan los servicios de cuidado de manera continua, para personas mayores con dependencia moderada o severa sin redes de apoyo en condición de vulnerabilidad; estos últimos reconocidos dentro de la categoría de centros gerontológicos. Actualmente, la SDIS cuenta con 17 centros, 2 propios y 15 en convenio o contrato interadministrativo, donde se atienden a 2.151 personas mayores. En el 2023 se visitó la Comunidad de Cuidado Hogar Casa Nostra, de estrato 1 y la Comunidad de Cuidado Tierra del Sol, estrato 3, dos de los centros en convenio con el gobierno distrital y 65 instituciones de Protección y Atención Integral a las Personas Mayores inscritas en el Sistema de Información y Registro de los Servicios Sociales- SIRSS, es decir vigiladas por la SDIS.

(...)Secretaría de Integración social acá en Bogotá tienen 2 sedes propias, donde atiende personas mayores, el resto son tercerizados, porque no hay la infraestructura para poder ellos atender y operar todos los centros de manera autónoma o pública, ellos tienen siempre convenios, todas las Comunidades de cuidado a donde van a ir por ejemplo, en Casa Nostra son tercerizadas, son Fundaciones, Organizaciones, ONG o Corporaciones que se crearon, cumplen unos requisitos, licitan y hacen el convenio con Secretaría entonces de acuerdo a eso, de acuerdo a las instalaciones, les asignan un número de personas, hay comunidades que tienen 50 personas, otras que tienen 100, otras 150 (EE125, mujer, trabajadora social).

En síntesis se evidencia que el cuidado de la vejez en Bogotá descansa en la aparición desde el mercado de pequeños hogares gerontológicos. Si bien hay una política pública bien establecida, esta está dirigida a atender el abandono y la vejez más vulnerable, llegando a una cobertura de alrededor de dos mil cien personas. Por su parte el mercado y las fundaciones y corporaciones, pueden estar llegando a un poco más de diez mil (10.000) personas mayores;

esto resulta de alrededor de 500 centros con un promedio de 20 residentes. Es decir, en el cuidado de la vejez es claro desde finales del siglo pasado, un proceso de mercantilización (predominio del mercado), que responde a la estratificación socioeconómica de la ciudad.

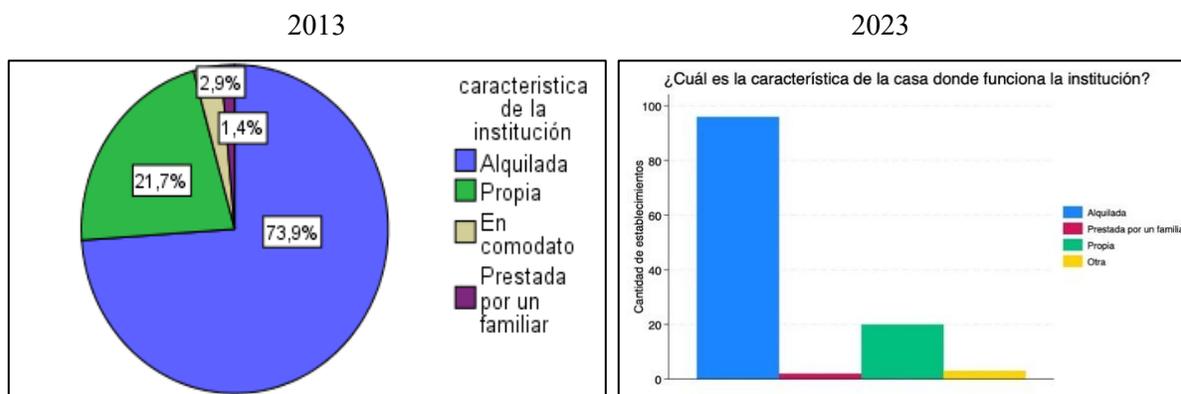
Cuando las personas ingresan al programa de atención en Comunidad de cuidado, la primera gestión que hacen es ir a una Subdirección de la Secretaría de integración, si lo hacen desde su casa o por ejemplo, si la comunidad ve al señor allá, pueden asistir a un punto de atención de la Secretaría de su localidad y presentar un recibo de servicio público de que vive en esa comunidad y su cédula, con eso esa persona ya puede empezar a hacer el trámite, entra a una lista de espera, que no es una lista corta, desafortunadamente hay un incremento de abandono de personas mayores en Bogotá y en ciertas localidades particularmente, en Suba, Suba tiene harta población mayor, entonces qué pasa si usted lo hace de esa manera, radica su solicitud allá y entra en la lista de espera, puede estar de 400 o 500 (EE125, mujer, trabajadora social).

Así, la baja cobertura de cuidado institucionalizado hace que la creciente y masiva demanda de cuidado de personas mayores en una sociedad en envejecimiento, sigue quedando en los hogares en su inmensa mayoría; y, al interior de los hogares, en el hombro de las mujeres. No obstante, debido a la reducción del tamaño de los hogares, la mayor participación de las mujeres en el trabajo remunerado y la pobreza de tiempo de los pocos integrantes del hogar, se produce la crisis de cuidado; esto se refleja especialmente en el abandono de las personas mayores en hospitales y centros, en su soledad y en su muerte prematura.

Característica de los centros gerontológicos

Un primer aspecto a observar, son los inmuebles o viviendas donde se encuentran los centros gerontológicos. Encontramos que en su gran mayoría son casas alquiladas; 74% para el 2013 y 77% para el 2023; sólo alrededor del 20% son propias.

Gráfica 3 a y b. Distribución de centros gerontológicos según tipo de tenencia o no con la vivienda



Aunque en general se observa una estabilidad en las actividades de estos centros, en algunos casos el alquiler afecta la estabilidad de los servicios, la sostenibilidad y proyección del centro y la permanencia de las personas mayores. Como se manifestó en testimonio de los administradores en 2013, cuando la vivienda es arrendada existen algunas dificultades,

pues los espacios son solicitados por sus dueños al considerar que la actividad allí realizada puede dañar más rápidamente la estructura de las viviendas, o en su defecto, les aumentan el valor del arriendo en sumas que les queda difícil asumir.

Además, en 2023 se expresaron riesgos para la sostenibilidad de los centros en arriendo, ya que deben cumplir con los estándares de calidad exigidos por la Secretaría Distrital de Salud en materia de ajustes razonables, en adecuación de espacios y de no cumplirse tal cual, como lo indica la norma, conllevaba a sanciones (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.). Esto implica costos altos para los centros y no para los arrendatarios que en caso de dejar la casa, la inversión la pierde el centro y, en algunos casos no se pueden cumplir a cabalidad los requisitos, dado que por el contrato de arrendamiento no pueden hacer ajustes a la infraestructura de la casa.

Ahora bien, esta situación se agravó en pandemia, donde el Ministerio de Salud exigió muchos cambios, a los centros de cuidado dado que estos se han caracterizado por alojar gran cantidad de personas en “espacios físicos limitados que obligan a un contacto estrecho casi permanente” (Ribera-Casado, 2020, p.223) a la hora de dormir, ir al baño, comer, ver televisión, tomar servicios religiosos, debido a que la mayoría de estos hogares corresponden a casas de familia adaptadas (Ocampo, 2022). En otros casos, “no contaban con los recursos materiales y de gestión suficientes para atender una pandemia de esta magnitud” (Ortega, Sancho y Stampini, 2021, p.16). Lo que representó grandes problemas, sobre todo durante la pandemia, teniendo en cuenta todos los ajustes razonables y de salud que se debían hacer, lo que implicó grandes costos que no iban a ser asumidos por las personas arrendatarias. En términos de nuestros entrevistados:

La Secretaria de Salud para evitar el problema de muertos qué dijo: aislamiento total de los pacientes, cada uno en su habitación, nosotros tuvimos, nosotros no hicimos eso porque estaban aquí, nos exigían pero nosotros decíamos no, venían a hacer visitas y nosotros decíamos no, ustedes aquí no entran, menos que vienen en bus, usted me trae carnet de vacunas y una prueba de laboratorio y con mucho gusto usted me trae la prueba de laboratorio, se la toma, viene y se encierra 15 días en la cabaña y después me hace la visita, de lo contrario no lo voy a dejar entrar, fuimos muy radicales en eso, así les decíamos, ciérrrenlo, hagan lo que quieran pero no vamos a permitir que ingresen (E16, mujer, directora).

Estas directrices muchas veces no eran socializadas con los centros y no eran coherentes con las características de los centros de cuidado y las necesidades de las personas mayores, puesto que muchas son dependientes y necesitan tener contacto físico con las personas que les cuidan (Robles, 2021 y Hernández y Octavio, 2021).

Después citamos la reunión a los hogares, nos reuníamos para comunicarnos y entender todo eso, después la Fundación como representación de la Asociación de hogares participó en una reunión a nivel nacional que no sé si supiste que hubo, que la citó el Ministerio donde se reunieron todos los hogares más grandes de Colombia, nosotros éramos los más chiquitos, cuando nos preguntaron quienes éramos, no, nosotros somos la Asociación de hogares, representó hogares de 10, de 12, de 15 de Bogotá, cuántos, le dije yo son más o menos 1500 hogares, yo vengo representando un numero x pero hablamos, yo decía aquí no tengo nada que hacer, había un hogar en Medellín donde habitan 130 personas, ellos tenían apartamentos

para el aislamiento, nosotros no teníamos esa posibilidad, éramos chiquitos ante todo. Se habló con el Ministerio directamente, se solicitó ayuda y el Ministerio inmediatamente, el Dr. Corzo que hablé yo, le dije es que ustedes no nos han dado nada, y se regó, me dijo usted es una atrevida, mire todo lo que hemos dado, le dije qué nos han dado, los protocolos, son problemas mas no soluciones, pero no nos dieron kit, nada, absolutamente nada, las máscaras todo lo compramos entre todos, y nos lo inventamos porque cuando vimos el costo del overol y de la bata era tanto, decidimos comprarlos (E11, mujer, nutricionista, directora).

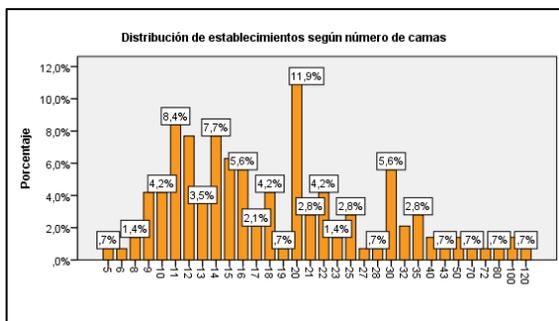
Por otro lado, una característica central de las entidades de cuidado de la vejez es si son de tipo lucrativo o no. Para el 2013 el 38,2% de las entidades son sin ánimo de lucro y el restante 61,8% son entidades constituidas con fines de lucro. Este mayor porcentaje de entidades guiadas por el beneficio particular, muestra que la dinámica de demanda de servicios de cuidado da espacio suficiente para el crecimiento de un sector económico rentable, que con determinados estímulos y una regulación adecuada, bien puede realizar aportes a las necesidades del envejecimiento poblacional.

Para el 2023 las organizaciones predominantes son empresas unipersonales, seguidas por fundaciones o corporaciones, y sociedades por acciones simplificadas. Esto es congruente con el hecho de que solo un 5,5% pertenece a alguna organización. A lo largo del siglo XX y XXI se ha observado “la creciente mercantilización de los servicios privados prestados por pequeñas empresas en sectores que muestran una alta dinámica económica y social, como en el caso de la vejez” (Pineda y Rodríguez, 2021, p. 148).

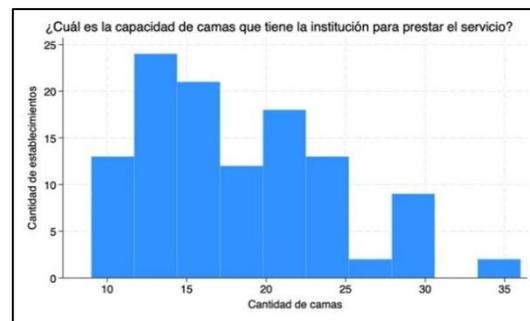
Para identificar con mayor precisión el tamaño de los hogares gerontológicos, preguntamos por el número de camas, indicador que refleja su capacidad, dinámica organizacional y otras características centrales. Para el 2013 se encontró con una moda (valor con la mayor frecuencia en la distribución de los datos), de veinte camas y una mayor concentración de hogares entre diez y veinte camas; datos que prevalecieron en el 2023, donde la mayoría de los establecimientos tenían una capacidad de 10 camas, con un promedio de 20 camas. Esto muestra que los establecimientos gerontológicos tienden a operar en menor escala, siendo pocos los que cuentan con capacidades mayores a 30 camas.

Gráfica 4 a y b. Distribución de los centros según el número de camas

2013



2023



Institucionalización y fallecimientos frente al Covid-19

Los hogares gerontológicos residenciales, se pueden reconocer como la forma más plena de institucionalización. Este proceso de institucionalización se puede dar por el Estado y por los privados; aquí nos estamos concentrando en los privados. Esta institucionalización total ha recibido muchas críticas, al igual que la institucionalización de niños, niñas y adolescentes en centros de protección por parte del ICBF⁶. Como veremos la institucionalización es la salida de las familias ante las necesidades de cuidado de la persona mayor, dado que no hay quién cuide; no obstante, como lo hemos analizado a partir del primer proyecto de investigación, esta alternativa no es sostenible, genera fragmentación intergeneracional y aislamiento de la vejez (Pineda, 2018).

En el último estudio (2023) se encuentra que antes de pandemia y después de ella, se mantiene que la casi totalidad de las personas mayores son residentes, pero se registra un aumento de estas por hogar, pasando de un promedio de 16,5 en 2019 a 17,8 en 2023. Entre 2019 y 2021, casi ninguna persona mayor fue retirada por sus familiares.

Ahora bien, el promedio de fallecimientos por establecimiento entre 2020-2021 fue de 3,26 personas mayores por año, con 1,16 fallecimientos atribuibles a Covid-19. Tomando el promedio de residentes por hogar, esto significa una baja tasa de mortalidad debido al Covid-19, de sólo 6,5%. Sin duda que esta baja tasa se debe a las medidas de autoprotección y autogestión que empezaron a implementar los hogares al ver que el contagio aumentaba con rapidez:

(...) que entonces cual fue la solución déjelos encerrados en las habitaciones, estábamos trabajando con tapabocas, la caja de guantes que llegó a costar \$110.000 cuando valía \$15.000. (...) Entonces la mayoría hacíamos todo eso, protocolo de ingreso, póngase todo el traje y trabaje con N95, pero igual, era muy riesgoso (E11, mujer, nutricionista, directora).

Tuve muchos médicos que se fueron (...) el año 2021 como a mitad del año la hija de una residente que también era médico, me dijo Marce, cuánto estas pagando, le dije un montón de plata por las pruebas, me dijo la Caja la venden a \$1.500.000, 25 pruebas, le dije, yo no sé tomarlas y ella me dijo, yo te entreno. La última caja me costó medio millón, entonces teníamos el kit para tomar pruebas de COVID, o sea, si tu venias hoy se te hacia la prueba para entrar, empleada nueva, empleada que venía de vacaciones o familiar, aquí decía como se tomaba y aquí todavía hay (E16, mujer, nutricionista, directora).

(...) hablamos del 2020 pasamos solos, el 2020 cuando arrancamos muchos hogares vivimos que la situación era muy difícil y tomamos decisión de comprar lavamanos, (...) muchos hogares instalaron carpas afuera para hacer un punto, desvístase y póngase todo su otro kit, esos fueron otros hogares que tenían esa posibilidad, otros hogares hacían la entrada a una habitación especial y ellos los bañaban completo y se vestían. Cada uno empezó, tú qué haces, yo pongo una bata, entonces les quitaban todo y los ponían en bata, todos empezamos a diseñar protocolos para que los empleados ingresaran los que mantuvieron puertas abiertas, los que nos encerramos nos evitamos eso (E11, mujer, nutricionista, directora).

⁶ Actualmente se estima que hay cerca de 70 mil niños, niñas y adolescentes en institucionalización total en centros de protección del ICBF o en convenios con este.

A pesar de las críticas a las fuertes medidas para prevenir la propagación de la Covid-19 y de los impactos psicosociales en cuidadoras y población mayor, se evidencia que fueron pocos los fallecimientos por Covid, lo cual puede atribuirse a la respuesta de los mismos hogares y las autoridades de salud.

(...) es posible concluir que las medidas profilácticas adoptadas en las IPIP⁷, especialmente las implementadas a través de la Resolución 666 de 2020 promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social y las acciones dirigidas a la inmunización masiva y temprana de los residentes en las instituciones, fueron efectivas y permitieron controlar de manera eficiente el contagio y la severidad de los brotes en estos establecimientos, lo cual no habría podido verse reflejado sin el compromiso firme de los propietarios, representantes legales y empleados de las IPIP, apoyados por las acciones tempranas implementadas por la Secretaría Distrital de Salud (Mosquera y Hernandez, 2023, p.16).

Hubo muchas enfermedades relacionadas con la parte respiratoria como neumonía y bronquitis, llegaban al Hospital Simón Bolívar les hacían todo el protocolo, la ruta de activación y en un momento determinado muchas personas salieron positivas, y la Secretaría de Integración y la Comunidad generaron todo el proceso de activación de protocolo, lo que evitó un mayor índice de mortalidad a causa del COVID (EE1, mujer, cuidadora, artista plástica)

Entre las principales acciones implementadas por los centros gerontológicos estuvieron primero, la restricción al acceso a sus instalaciones, “Visitas nada, ni entrada ni salida, los únicos que entrábamos y salíamos en el caso mío, pero las enfermeras y las niñas auxiliares permanecían acá” (EE125, mujer, trabajadora social).

En otros hogares nos contaban que querían ver a sus familiares, y como no podía haber contacto llegaban a la puerta. Lo que nosotros hacíamos cuando ya vieron que fue una cosa difícil, por videollamada los veían, pero al principio si fue muy difícil que ellos entendieran esa parte, entonces nosotros decíamos a veces no venían antes a verlos y ahora que estamos en pandemia si quieren venir (EE6, mujer, administradora de empresa, directora)

Segundo, reforzamientos del lavado de manos y desinfección, capacitación continua de medidas de prevención de la Covid-19 y jornadas de vacunación por la Secretaría Distrital de Salud en las IPIP. Se considera que esta última acción fue clave para la contención del virus, la cual se llevó a cabo en Bogotá en el transcurso del 2021 (Mosquera y Hernandez, 2023).

El proceso de vacunación a mí personalmente me pareció exitoso, creo que hubo buena oferta por parte de las EPS y las respuestas de los entes distritales para las personas mayores me parece que fue muy buena, ellos llegaron acá en el proceso de vacunación, de pruebas, de estar pendientes, llamadas constantes, visitas constantes, supervisión y yo pienso que si no hubiera sido por la rápida acción del Distrito se hubiera complicado en algún momento (EE1, mujer, cuidadora, artista plástica).

⁷ Instituciones para la Protección Integral de la Personal Mayor.

No obstante, en las entrevistas se manifestó que se priorizó la vacunación de las personas mayores, mas no la del personal cuidador desconociendo no solo que esto significaba un factor de riesgo, sino también la valía de este tipo de trabajo.

(...) me pareció terrible que vacunen a los abuelos y no a los trabajadores, yo decía si una persona está cuidándolos, si es un doctor de contaminación porque carajos no los vacunan, la población de riesgo es el abuelo, y quién cuida al abuelo, el cuidador, porqué no vacunan al cuidador, que camello para que los vacunen, tocó esperar, hasta que les tocó, mucho (E10, hombre, psicólogo, director).

creo que fuimos uno de los primeros hogares de Bogotá donde hubo vacunación, la gran falla de la vacunación fue que no nos vacunaran a nosotros, es decir, la Ley nacional dice hay vacunas pero para los mayores de 80 años, pero fijate que hay una porción de gente que no tiene 80 años, ellos no los vacunaron de primerazo, eso vino en febrero, en marzo vino la segunda dosis y la primera para los anteriores, o sea, para los que no cumplían 80 años, yo le pedí al equipo de Secretaría pero no estaba en manos de ellos, sino la Resolución nacional que vacunaran a Ana Lucía porque era una persona que era Coordinadora de enfermería y era una persona de alto riesgo, tenía obesidad, entonces yo a ella la cuidaba muchísimo, pero no fue posible que la vacunaran, por lo menos a ella, y pasó todo lo que pasó y me pareció un error craso de la política de vacunación (...) sí había asesoría de la Secretaría, pero primero vacunen a toda la gente que trabaja en Hogares, los viejos no salían, los familiares no entraban (E18, mujer, fisioterapeuta, directora, cuidadora,

También es importante señalar que de manera autónoma muchos centros gerontológicos decidieron internar al personal como medida de disminución de contagio. “Las enfermeras la mayoría si tuvieron que internarse acá” (EE125, mujer, trabajadora social).

“Trabajábamos 15 días y cuando llegábamos a nuestra casita a encerrarnos allá nosotros, porque no podíamos salir a la calle, sobre todo por cuidar la salud de ellos y como teníamos bicicleta andábamos en cicla, porque tampoco cogíamos transporte” (EE8, hombre, bachiller, administrador).

“Durante pandemia tuvimos que internar a todo el personal, a todo el mundo, se les daba aquí vivienda y alimentación, se les daban todos los elementos de protección personal, todos los elementos de limpieza y desinfección estricta, y pues obviamente todo cambió (E7, mujer, enfermera, directora, cuidadora).

[Fue]Un acuerdo, un acuerdo por el bienestar de todos, porque solamente aquí de pronto no se perdía un solo trabajador sino que eran muchas vidas que dependían de nosotros, de pronto uno podía aguantar más pero había abuelitos, [la comida] se asumió por parte de la Institución (EE8, hombre, bachiller, administrador).

Si bien la institucionalización no es sostenible ni deseable para las personas mayores, como lo argumentamos antes, preguntamos en las encuestas y en entrevistas por sus motivos *¿Cómo llegan las personas adultas mayores a la institución?*

La encuesta del 2013 arrojó que la principal razón para institucionalizar a las personas mayores es que sus familias no disponen del tiempo y no saben cómo cuidarlas (44,3%),

aspecto que se presenta usualmente por el difícil manejo de las enfermedades presentadas en esta etapa vital. Sin embargo, resulta representativo que el 22,1% de las decisiones de institucionalización resulten por conflictos familiares, lo cual suele presentarse por el manejo de los dineros, por los tiempos en que se distribuye el cuidado entre los miembros de la familia o por la negativa de cuidar a los familiares a cargo. Así mismo, el 13,6% de las personas mayores institucionalizadas llegan por abandono de sus familiares y las mismas personas mayores buscan su institucionalización.

la mayor razón por las cuales vienen a institucionalizar a las personas mayores es porque los tienen mamados, no se los aguantan más, bien porque su patología hace que ellos empiecen a maltratar a los adultos mayores, consciente o inconscientemente, porque cuando hablamos de Alzheimer o una demencia, o un Parkinson o cualquier tipo de patología cognitiva, la familia aguanta hasta donde más puede, no buscan el apoyo inmediato, no buscan el apoyo a tiempo sino ya cuando están sobrecargados emocionalmente traen a las personas a la institución (EE4, hombre, gerontólogo, director, cuidador).

Por su parte, los resultados de la encuesta de 2023 son muy semejantes, la mayoría de las personas mayores llegan a una institución porque no hay familiares disponibles para el cuidado y el abandono es una causa poco frecuente pero relevante. No obstante, el abandono que lo concebimos como la expresión más trágica de la crisis de cuidado, sigue creciendo en la ciudad. Aquí, nuestras entrevistadas así lo revelan:

La Comunidad de Cuidado Hogar Casa Santa María (...) abre [en 2021] precisamente porque hay un colapso en Hospitales y 50 personas mayores que ingresaron, inicialmente provenían de hospitalizaciones prolongadas de un año, seis meses, dos años y por abandono de sus familiares en los Centros de atención en salud, ellos empiezan a mover los recursos con la Secretaría y empiezan a abrir este centro (...) pero toda esta gente cuando entró, venían del Santa Clara, de hospitales porque necesitaban evacuar camas, sacar gente porque aparte que era un riesgo tenerlos allá, necesitaban las camas, entonces toda esta gente mayor tuvo que ser recogida, si se puede decir así, y ser trasladada y recibida en centros donde pudieran estar (EE125, mujer, trabajadora social).

El abandono es una causa importante de institucionalización de las personas mayores, el cual se agudizó como consecuencia de la pandemia, por lo que el gobierno distrital tuvo que responder gestionando la apertura de comunidades de cuidado para brindar asistencia a las personas abandonadas. Por lo que la pandemia puso de manifiesto, el poco valor de la vejez en la sociedad, la deshumanización que promueve la pérdida de su dignidad y reconocimiento como un problema social (Pineda, 2019).

Características organizacionales de los centros

Gran parte de los hogares gerontológicas en Bogotá son dirigidos por sus propietarios, quienes poseen en su mayoría educación universitaria o técnica. Para el 2013, en la mayoría de los establecimientos (65%) quien dirige es el o la propietaria, en el 25% se contrata a una profesional y en los restantes se tiene un coordinador. No todos los propietarios y propietarias son profesionales, uno de cada tres ha adquirido experiencia como cuidadores y desempeñan

labores administrativas, generalmente en los hogares más pequeños. En cuanto a la profesión de los y las directoras de hogares gerontológicos, la más destacada es la enfermería, con cerca de 35% de los casos; le siguen de lejos los administradores y las trabajadoras sociales con cerca del 10% y 8% cada una.

Gráfica 5. Distribución de la profesión de las personas que dirigen los centros gerontológicos



Para el 2023 se observa una diversidad de profesiones entre los y las directoras, siendo de nuevo la más frecuente la enfermería y auxiliar de enfermería. Luego hay administradores y médicos. Muchas enfermeras ejercen su profesión de manera independiente creando hogares de cuidado para personas mayores; por lo general administran el hogar y a su vez son cuidadoras de tiempo completo. Su organización, capacidades técnicas y vocación, les permite en la mayoría de los casos sostener las finanzas y la calidad de atención en los centros.

Para el 2013, el personal que más se contrató en los centros u hogares gerontológicos eran auxiliares de enfermería. Esta es una profesión y ocupación altamente feminizada, que en lo centro de cuidado encuestados estaba compuesta en un 85,2% por mujeres y 14,8% por hombres. Así mismo, se contrataron por tiempos reducidos a otros profesionales de la salud, como médicos, terapeutas, etc. que en su mayoría siguen siendo mujeres, 69%. El personal de servicios generales, ocupación que es altamente demandada en todas las casas para los oficios de aseo y apoyo en el servicio de cuidado, tenía un 80% de mujeres. En el área administrativa, especialmente para las casas más grandes, se contrataron administradores y auxiliares de oficina, ocupaciones donde se encontró la tasa más alta de hombres, con una participación del 40%.

Para el 2023 sigue predominando con mayor contratación las trabajadoras auxiliares, con un 86% de mujeres sobre un 14% de hombres, por lo que a pesar del transcurso de 10 años, este trabajo continúa en la esfera femenina. No obstante que las tareas de cuidado desempeñadas por las auxiliares de servicios generales exigen una alta capacidad física, para cargar, bañar, limpiar, etc., y brindar las condiciones requeridas en los hogares, esta sigue siendo una ocupación femenina.

Es así como se evidencia que los trabajos de cuidado siguen altamente feminizados, que la enfermería se ha constituido como una profesión y un servicio de mujeres denominado así por la división sexual del trabajo, pues son ellas quienes son más “delicadas, sensibles, emocionales, disponibles y con capacidad de escuchar”, características “innatas” del cuidado, implantadas desde el cuidado doméstico y reproductivo no pago, que mantiene subvalorado a la enfermería y otras profesiones relacionadas con el cuidado en el ámbito del mercado (Pineda, 2014; Pineda y Rodríguez, 2021). Además, “la identificación de la enfermería con el rol tradicional femenino ayudó a consolidar la imagen de la enfermera motivada principalmente por su vocación” (Marquínez y Strada, 2022, p. 420), pero a su vez ha reforzado que al ser algo ‘innato’ del ser humano y de las mujeres, este trabajo debería brindarse de manera voluntaria y no tendría porque ser bien remunerado.

El trabajo de cuidado tiende a implicar sobrecarga de trabajo y emocional. Las tareas no solo requieren los esfuerzos físicos habituales de bañar, cargar, alimentar, etc., a personas mayores altamente dependientes, sino que también exigen un esfuerzo emocional significativo. Algunas residencias requieren que las trabajadoras dejen de lado sus problemas personales y se centren exclusivamente en el bienestar físico y emocional de sus pacientes. Pocos lugares atienden las necesidades emocionales y psicológicas de las cuidadoras. Este síndrome de sobrecarga, junto con los problemas de turnos que implica el cuidado de personas mayores, a menudo se atribuye a lo que algunos administradores de centros denominan falta de vocación entre las cuidadoras, especialmente las jóvenes auxiliares de enfermería. Pero qué es la falta de vocación y qué la causa son preguntas que invitan a deconstruir esta preocupación de la gestión que atribuye la responsabilidad del cuidado a la naturaleza del cuidador (Pineda, 2021, p. 211).

Lo que denominamos vocación es más el proceso de aprendizaje de una ética del cuidado y el desarrollo de vínculos con las personas que se cuidan, es un motivante para el desarrollo del trabajo y un factor protector para el desgaste emocional que implica la labor de cuidado, lo cual se evidenció en la pandemia,

Nunca pensé en renunciar, porque siento que yo amo esta profesión, es mi trabajo, aquí estoy muy apegada a ellos, o sea renunciar no, porque no sé, siempre toda mi vida me ha gustado ser enfermera y he aprendido a cuidar abuelitos (EE10, hombre, psicólogo, director).

Después de la pandemia, o cerca de la pandemia hubo un paro nacional y también acá nos tocaba amanecer porque quién se movía, había gente que decía si me voy para mi casa quién sabe a qué horas llegue y no sé si pueda venir mañana, entonces yo les decía no pues quédense acá, aquí hay comida, aquí por lo menos, porque no se puede abandonar el servicio, haya paro, haya pandemia aquí debe haber alguien que cocine y quién cuide a los viejos, no se puede parar, hay que seguir, incluso cuando hubo el brote a mí me tocó venir y quedarme

aquí a atender, y quién atendía a quién si no sabíamos quién estaba enfermo y quién no, fue bastante duro, fue una cosa bastante complicada (E18, mujer, fisioterapeuta, directora, cuidadora)

Pues trato, como que a veces me pongo a pensar como si fueran mis abuelos, mis papás y siento que me duele cuando algo les pasa, cuando se enferman, o cuando están achicopalados, yo los conozco, ya uno los conoce, yo siempre he trabajado en hogares, uno les agarra mucho cariño a los abuelos (EE8, hombre, bachiller, administrador). Sin embargo, las condiciones generales de trabajo de las cuidadoras no son las mejores y no cuentan con servicios psicoemocionales para enfrentar su carga emocional y de trabajo. Por su parte, la 'naturalización' del cuidado como femenino ha conllevado a su desvalorización y a la vulneración de sus derechos, al justificarse la sobrecarga de trabajo físico y emocional en nombre del amor y la vocación.

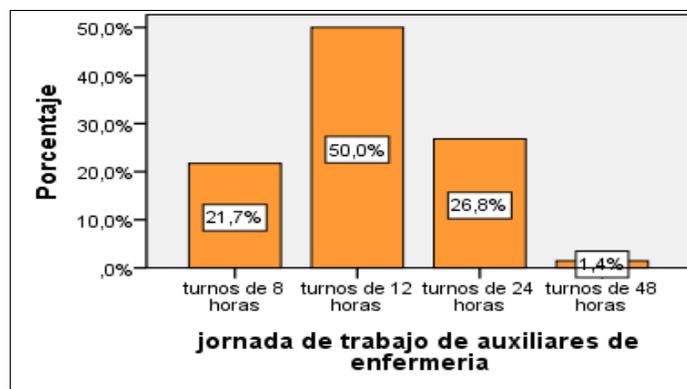
Y te voy a decir una cosa que es importante y que quede grabado el personal de la salud, pero nosotros los cuidadores somos personal de salud pero de baja categoría, hay que decirlo, entonces que están haciendo este trabajo, yo pienso que nosotros los cuidadores, porque yo también me considero cuidadora, no se nos da el lugar, la importancia y el valor que tenemos para una sociedad como esta que envejece y que no envejece sanamente, que los servicios de salud no son tan buenos, porque las políticas de promoción y prevención no son buenas y porque somos culturalmente hasta que no estamos hechos nada no buscamos ayuda, hay una cantidad de complejidades ah, pero los cuidadores no son bien tratados en nuestra cultura y en nuestra sociedad, son maltratados, somos maltratados (E18, mujer, fisioterapeuta, directora, cuidadora).

sobre todo el área de enfermería que tienen que lidiar con ellos en muchos espacios, la población que tenemos no es una población fácil, no son los abuelitos lindos que uno tiene en la casa o el tío o la abuelita que uno ve allá y tan linda la abuelita, no, son personas bastante difíciles, porque pues tienen una historia de vida difícil, algunos vienen de calle, entonces todo ese proceso de adaptación a la institución, entonces si es agobiante para los equipos, entonces si es necesario hacer esas rotaciones para poder dar oxígeno (EE125, mujer, trabajadora social).

Jornada de trabajo y trabajo emocional

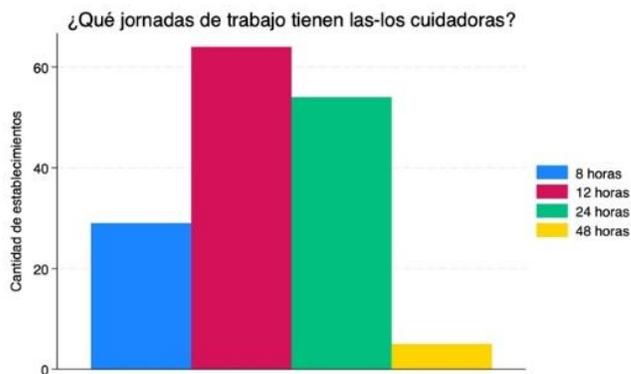
Para el 2013, se encontró que la mitad de las auxiliares (50%) tienen turnos de 12 horas diarias, 21,7% tienen turnos de 8 horas y 26,8% tienen turnos de 24 horas. Esta última modalidad algunos hogares lo establecen en jornadas de 48 horas semanales, distribuidas en distintos tipos de combinaciones; pero en general las jornadas semanales son de 48 horas.

Gráfica 6 a. Distribución de las trabajadoras de cuidado por jornadas de trabajo. 2013



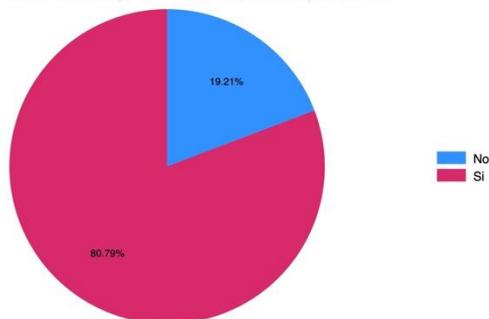
Para el 2023 la mayoría de cuidadoras trabajó en jornadas de 12 o 24 horas por lo que se mantiene la tendencia en los turnos laborales en las dos encuestas, con una mayor cantidad de empleados durante la jornada diurna en comparación con la nocturna. Sin embargo, es importante destacar que la comparación en esta área se ve limitada, ya que la nueva encuesta incorpora aspectos y cambios surgidos durante la pandemia de Covid-19, lo que podría influir en las dinámicas laborales y estructuras de gestión de los establecimientos. Es así como para el 2023 estas jornadas laborales experimentaron cambios durante la pandemia para el 80.79% de los encuestados.

Gráfica 6 b. Distribución de las trabajadoras de cuidado por jornadas de trabajo. 2023

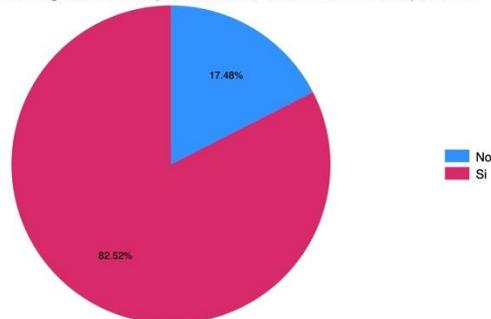


Gráfica 7 a y b. Cambios en las jornadas de trabajo durante la Pandemia. 2023

¿Las jornadas de trabajo cambiaron durante la pandemia?



¿Considera que la carga laboral de las personas cuidadoras aumentó durante la pandemia?



Cambió todo, porque uno aquí encerrado con los abuelitos (...) Trabajábamos 15 días y cuando llevábamos 15 días para nuestra casita a encerrarnos allá nosotros (EE8, hombre, bachiller, administrador).

[Las jornadas de trabajo cambiaron] Las convertimos en horas de 24 horas, en turnos de 24 horas porque vivíamos acá, todos nos encerramos, todo el centro se encerró acá durante año y medio (..) entonces hacíamos como 24, 2 veces a la semana, no, miento, más veces porque se adelantaba trabajo y se salía 2 meses de descanso, es que dejaron sus familias, entonces por decirte algo alguien hacia lunes, miércoles, viernes y domingo y a la siguiente semana hacia tres, todos los turnos era como si se adelantaran 48 horas, cuando salían se le contaba 48 horas de una semana pero se iba toda la semana, entonces casi completábamos 2 meses por fuera, esa era la única posibilidad que valiera la pena la toma de exámenes de laboratorio, por eso es que no tuvimos fallecimientos por COVID, nadie entraba nadie salía (E11, mujer, nutricionista, directora).

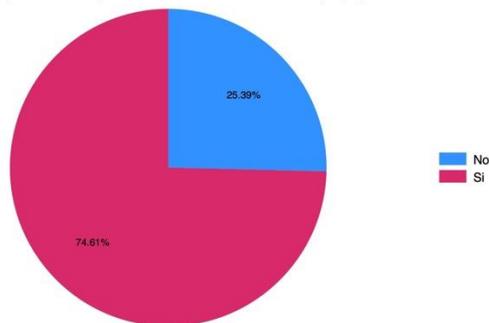
Sin embargo, los cambios entre 2019-2021, es decir entre la época de pandemia, revelan renuncias promedio de 1.93 por establecimiento, contagios de COVID promedio de 3.05 (considerando que el promedio de empleados en 2019 era 7.3, esto es prácticamente la mitad) y muertes por COVID promedio de 0.3, indicando un fuerte impacto en la planta laboral. Esto se relaciona con que el 82.52% de los encuestados considera que la carga laboral de los cuidadores aumentó durante la pandemia: *“Fue una época súper difícil, porque la cantidad de talento humano disponible para prestar ese servicio se limitó mucho, por la distribución, por la separación de las instalaciones, la instalación es muy grande”* (EE1, mujer, docente de artes plásticas, directora).

Digamos que hacíamos no solamente la atención personal del día, sino la atención de videollamadas de los médicos, las videollamadas con las familias, la limpieza de todos los productos que llegaban, porque obviamente estamos hablando de personas mayores que no manejaban el celular, la tableta, nada, le tocaba a uno sentarse al lado (E11, mujer, nutricionista, directora).

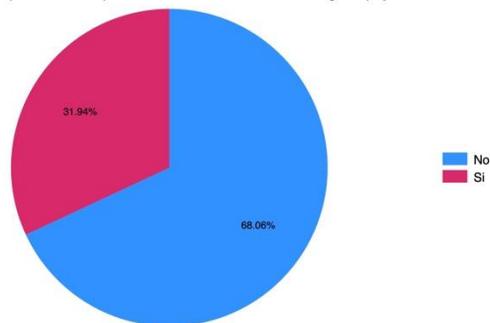
les hacía doble jornada de ejercicio porque no podían salir a caminar, entonces mañana y tarde, entonces baile, música, en la mañana y en la tarde para tratar de calmarlos, y no solo con los adultos mayores sino para generar un entorno interno que no podíamos salir lo más agradable posible para todos para que no nos enloqueciéramos, porque eso era para enloquecer a cualquiera (E19, mujer, fisioterapeuta, directora, cuidadora).

Gráfica 8 a y b. Apoyo psicosocial y económico durante la Pandemia. 2023

¿Durante la pandemia las personas cuidadoras recibieron apoyo psicosocial?



¿Durante la pandemia las personas cuidadoras recibieron algún apoyo económico?



Durante la pandemia se incrementó la demanda de las cuidadoras por apoyo psicosocial, lo que llevó a que se atendiera al 74.61% de ellas, especialmente mediante talleres de autocuidado y salud mental. En frente económico, solo el 31.94% recibió apoyo económico. *“Secretaría de salud se preocupaba por los abuelos cuando venían, pero por el personal y por mí no, y, por ejemplo, nosotras las directoras casi todas entramos en depresión”* (E24, mujer, terapeuta ocupacional, directora).

La situación de encierro afecta la parte emocional, afectiva, el comportamiento, hay miedos, inseguridades, situaciones que pueden llegar a modificar nuestras conductas y el hecho de que obviamente la distribución. Este Centro es bastante extenso y la distribución entre personas positivas y no positivas de Covid, el protocolo de seguridad, el uso de toda esa indumentaria que lo afectaba a uno a nivel mental (EE1, mujer, docente de artes plásticas).

De resto todos fallecieron aquí, nosotros estuvimos al pie de ellos todo el tiempo, era lo mínimo que podíamos hacer (...) realmente lo que aumentó fue la carga emocional, ver a todo el mundo enfermo y ver las noticias diciendo que todos iban a morir (E3, 2023, p.8).

Vale la pena resaltar que por parte de los centros, aquellos que contaban con personal de psicólogas que trabajan allí, estas brindaron el acompañamiento psicosocial o contrataban externas para brindar charlas de manera virtual (EE10, p.2; EE126, p.4; E11, p.14). Estos impactos emocionales se agudizaron con la pandemia, dado que si bien las personas cuidadoras sostenían un vínculo con las personas mayores antes de pandemia, durante pandemia se fortaleció porque se compartía más tiempo y porque las cuidadoras eran su red más cercana, ya que las visitas estaban prohibidas, *“me deprimía por llegar a perder un abuelo, porque uno se encariña con ellos, porque ellos ya no son tan fuertes como uno y al verlos a ellos como lloraban por sus familias”* (EE8, hombre, bachiller, administrador). *“Para mí lo más duro fue ver partir personitas, que ya se vuelven de la familia de uno”* (EE126, mujer, auxiliar de enfermería, cuidadora).

Sumado a lo anterior, es necesario resaltar que hubo un factor externo que también afectó la carga psicoemocional de las personas cuidadoras, el estigma social. *“al principio la gente sabía que uno andaba con uniforme y lo miraban a uno como un bicho raro pensando de que uno era la que tenía el virus, trabajar con ellos también, también decían que ellos traían el virus”* (EE6, mujer, auxiliar de enfermería, cuidadora)

Mientras al inicio de la pandemia se le reconocía al personal de salud y cuidado como héroes y heroínas, esta percepción cambió hacia la estigmatización (García-Santesmases et al., 2022). En Colombia, durante la pandemia, el estigma no solo se transfirió al personal de salud y cuidadores, sino también a sus familias y se expresó en comportamientos como rechazo y discriminación en el uso de transporte público, hostilidad por parte de vecinos y vecinas a compartir espacios como ascensores, prohibición a entrar a supermercados que escalaron a violencia como empujones, expulsión de lugares incluyendo las viviendas en arriendo, y amenazas de muerte hacia toda persona que usara un uniforme relacionado con el área de salud (Trejos-Herrera, Vinaccia & Bahamón, 2020).

Si, fue duro, porque la gente sabía que yo iba de acá, entonces apenas se acercaban uno siente, se da uno cuenta, en las amistades, en mi familia no, mis hijos no, pero si en las amistades, lo miran y como uy viene de tal parte, se trataban de rechazarlo a uno, no directamente le decían a uno que no se acerque, pero uno miraba el movimiento y la actitud de la persona y uno se daba cuenta (E8, hombre, bachiller, administrador).

como pasaron una noticia que a las enfermeras las trataban mal, una cosa y la otra, en mi caso, yo me venía de particular, y me estoy viniendo de particular y el uniforme en el bolso, lo mismo, me cambio en la mañana y me voy para la casa, porque en ese tiempo si agredían mucho a las enfermeras (EE10, mujer, auxiliar de enfermería, cuidadora).

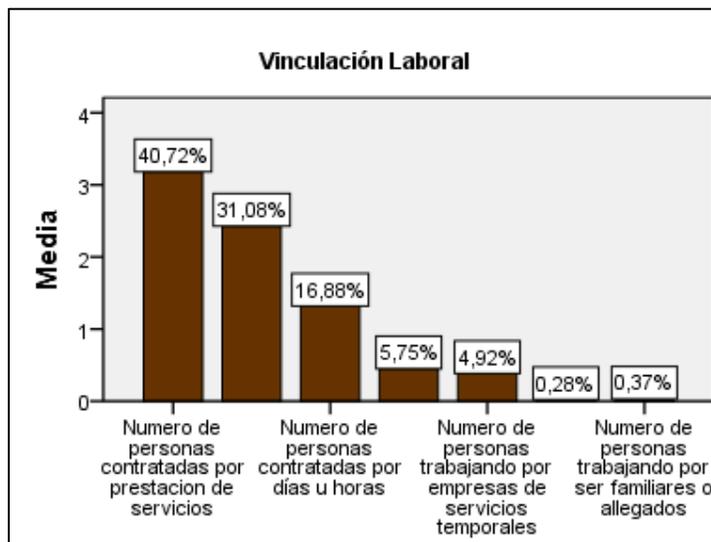
El COVID-19 desencadenó la estigmatización hacia el personal de salud basado en el miedo frente al virus, la poca información, la incertidumbre y el cubrimiento amarillista de los medios de comunicación. Este estigma lo vivieron en tres formas, primero a través del estigma experimentado al contagiarse del virus y con esto a enfrentarse a estereotipos, prejuicios y discriminación por parte de otras personas. Y segundo, por el estigma de asociación, ya que por su labor se encontraban más propensos a contagiarse y a contagiar a otras personas (Janoušková, Pekara, Kučera, *et al.* 2024).

Con la estigmatización durante la pandemia hacia las personas cuidadoras se agudizó la crisis de los cuidados, donde no solo se desvaloriza el trabajo de las personas que cuidan con salarios que no son congruentes con las labores realizadas y con la carga física y emocional que requieren, sino que se evidencia que se les exige y se les exigió desde el discurso de heroínas una entrega y calidad en su servicio, sin garantías para su salud integral, donde el Estado no las cuida, y aún no lo hace, cuando se encontraban en primera fila batallando contra el Covid 19, cuando más se las necesitaba

Vinculación laboral y capacitación

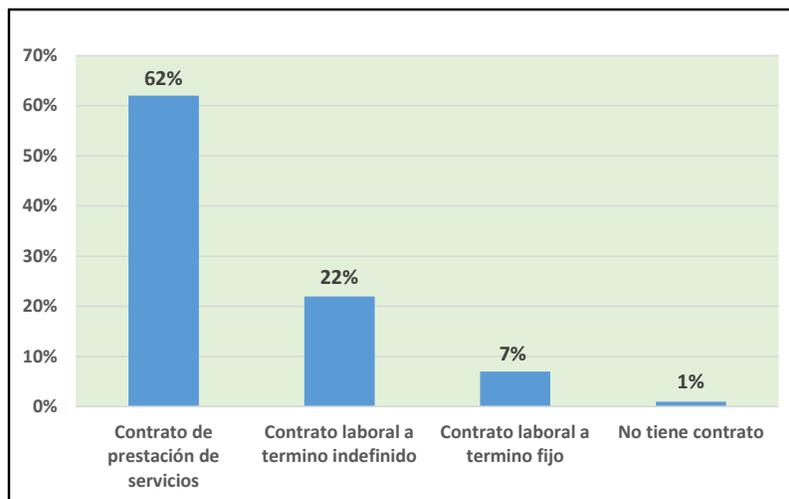
Con relación a la vinculación laboral de las personas que trabajan en los centros y hogares de cuidado, se encontró que en el 2013 la mayoría lo hace bajo la modalidad de prestación de servicios con un 40,7% del total; le siguen las personas que laboran bajo un contrato laboral indefinido con todas sus prestaciones, que corresponden a un 31,1%; y, un 16,9% de personas que son contratadas por días u horas. Es decir, sólo un tercio del personal de los hogares tiene una relación laboral propiamente, el resto de personal se vincula por contratos no laborales de prestación de servicios.

Gráfica 9 a. Distribución del personal según tipo de contrato. 2013



Para el 2023, los centros gerontológicos tenían un promedio de 8 personas trabajando en estos. Se incrementó la proporción de personal vinculado por contratos de prestación de servicios. Para el total de los hogares, el 62% del personal estaba en esta modalidad y sólo el 22% en contratos laborales a término indefinido; el restante 18% del personal estaba en contratos laborales a término fijo o sin contrato. Sorprende que el 77% de los centros utilizan empresas de intermediación laboral.

Gráfica 9 b. Distribución del personal según tipo de contrato. 2023



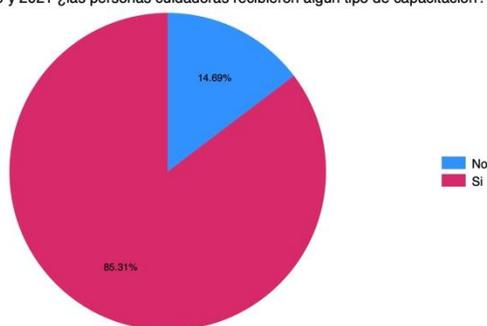
La formación constante a personal de cuidado no solo garantiza su actualización técnica y normativa, sino que facilita una mejor atención y aumenta su motivación en su quehacer. La capacitación es una norma establecida para los hogares por parte de la Secretaría de Salud, por lo cual, para el 2013, el 71.8% de los hogares de cuidado manifestaron haber realizado al menos una capacitación en el último mes a las auxiliares de enfermería y otras cuidadoras, capacitaciones referidas al manejo de ancianos (25,3%) o a las enfermedades de la vejez (46,5%); tan solo un 28.2% de hogares manifestaron no haber realizado ningún tipo de capacitación en este periodo.

La encuesta aplicada en el 2023, reportó que entre el 2019 y 2021 el 85.31% de los establecimientos recibió capacitaciones durante la pandemia, por lo que se evidencia un aumento frente a diez años antes. La mayor demanda de capacitación durante la crisis, se debe a la necesidad de que las personas cuidadoras conocieran y aplicaran las medidas de bioseguridad para prevenir el contacto y actuar frente a los casos positivos. Entre las capacitaciones que les brindó la Secretaría Distrital de Salud, estaban los temas de cuidados y precauciones con personas mayores, manejo de implementos, protocolos para el ingreso de personas, manejo de lavado de manos, manejo de personal externo, entre otros (EE8, EE10, EE126, EE125).

Secretaría de Salud nos daba los cursos de prevención y promoción en cuanto al tema del COVID y esto lo hicieron con la Subred Norte, quienes vinieron a fortalecer el que cumpliéramos con esos protocolos de bioseguridad (...) Hubo unas capacitaciones que duraron seis meses, pero venían digamos tres horas a la semana miércoles o jueves venían y nos daban las charlas sobre bioseguridad, cómo proteger a los adultos mayores (EE4, hombre, gerontólogo, director, cuidador).

Gráfica 10. Porcentaje de centros que capacitaron a sus trabajadoras

Entre el 2019 y 2021 ¿las personas cuidadoras recibieron algún tipo de capacitación?



Si bien la Secretaría de Salud en Bogotá fortaleció los espacios de capacitación virtuales, la pandemia evidenció “la ausencia de capacidades técnicas, humanas y organizativas (mecanismos, protocolos, procedimiento, formación y acceso a expertos) para afrontar una pandemia, bien por su inexistencia o bien por la no movilización de recursos ociosos” (Ortega, Sancho y Stampini, 2021, p.16). Colombia y el Distrito de Bogotá no

contaban con la capacidad estructural, limitados recursos físicos y sanitarios, ni con el talento humano que, en general, no gozaba de las condiciones laborales óptimas para hacer frente a una crisis de esa magnitud. Por esto, los primeros meses se realizaron acciones a prueba y error que generaron olas de transmisiones y cobraron algunas vidas, por lo que tampoco hubo tiempo de realizar un plan de acción que previniera las consecuencias a mediano y largo plazo, como es el caso de la afectación de la salud mental y emocional de las personas mayores (Robles, 2021 y Hernández y Octavio, 2021).

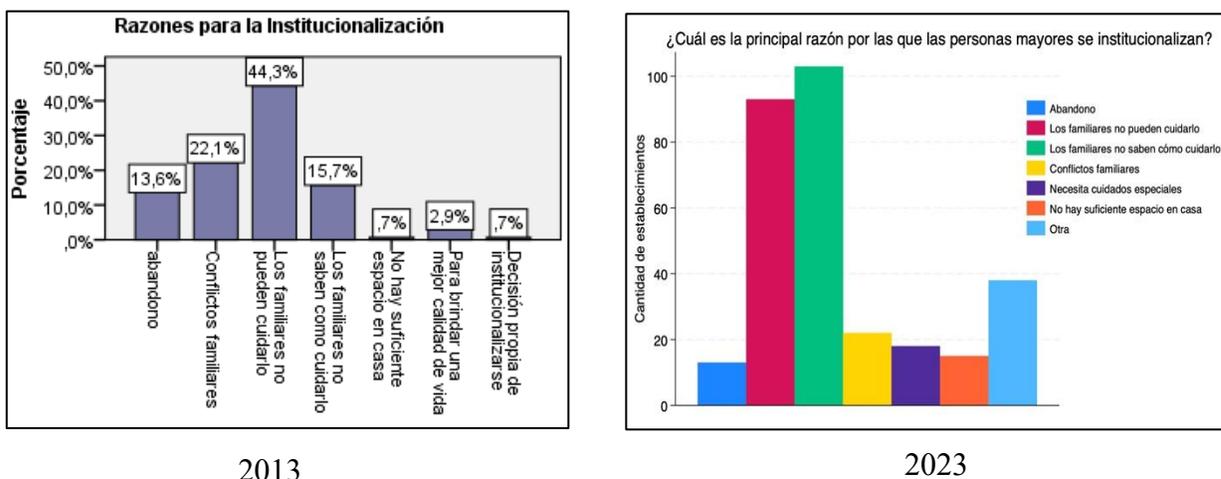
Condiciones de las personas mayores

Institucionalización

Para los dos años de información, 2013 y 2023, se encontraron dos principales razones por las cuales se institucionalizan en centros de larga estadía las personas mayores: primero, no hay quién pueda cuidarlos, porque la única o las pocas personas de la familia trabajan o no residen en la ciudad; segundo, la persona que podría hacerlo, no sabe cómo cuidarlo, no sabe cómo manejar sus enfermedades crónicas o se ha ajotado de manejar sus estados de ánimo. “Yo creo que las familias no saben darle manejo y cuidado, ya como que se les sale de las manos” (EE8, hombre, bachiller, administrador)

actualmente, la urbanización como es, o sea, las barreras arquitectónicas, básicamente eso, la discapacidad y los cambios estructurales de las familias, antes las familias eran más grandes, estaba la empleada quien era la que cuidaba al niño, al abuelo, al padre, al hijo, eso ya no existe, la incursión de la mujer en el trabajo, que también era una cuidadora que estaba en casa hasta último momento, entonces ya no hay quién cuide a los viejos en las casas, ahora hay cuidadores formales en casa, eso es todo un desarrollo también, pero básicamente ahora es eso las personas buscan una Institución para mí la conclusión es, la complejidad del cuidado de una persona supera la capacidad de la red familiar para brindar esos cuidados, entonces esta complejidad tiene que ver con cuestiones de salud, cosas de médico, discapacidad u otras razones porque la persona no se quiere dejar cuidar, otras razones de carácter psicológico que no necesariamente la persona está enferma, que supera la capacidad de la familia, a veces hay conflictos familiares por dinero, por quién cuida a quién, incluso el adulto mayor prefiere por decisión propia yo me quiero ir de acá, en algunos casos no es lo general pero también sucede (E18, mujer, fisioterapeuta, directora, cuidadora).

Gráfica 11 a y b. Razones por las cuales se institucionalizan las personas mayores. 2013 y 2023.

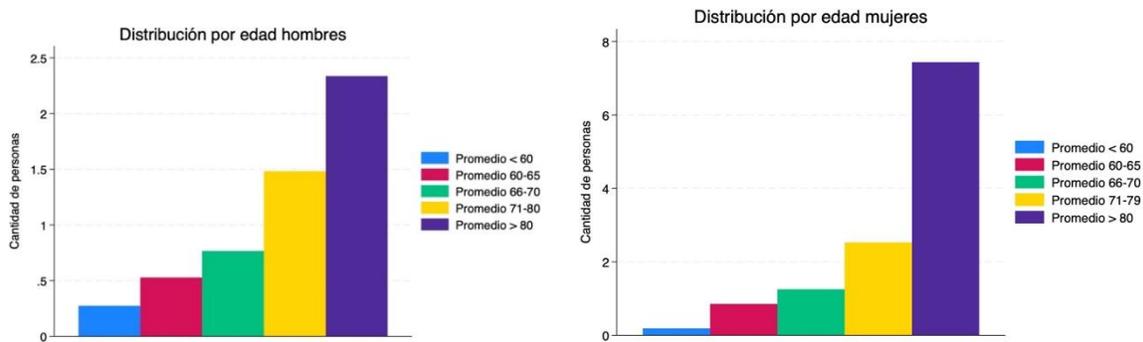


Si bien la disponibilidad de personas para cuidar -lo que caracteriza la crisis del cuidado- y sus capacidades para cuidar juegan un papel central, los conflictos familiares y otros factores, siguen desempeñando un papel en los motivos para la institucionalización, observando una caída importante en el transcurso de la década.

Para los dos años, el principal compromiso solicitado a las familias para el ingreso de las personas mayores es la visita permanente, con lo cual buscan garantizar la corresponsabilidad y la salud emocional de las personas mayores. El otro compromiso es el pago a tiempo de los servicios de cuidado, para garantizar la atención integral. Este compromiso se adquiere a través de la firma de un contrato de prestación de servicios con las personas mayores o sus familias, consolidando un marco legal que define las responsabilidades y expectativas mutuas.

Frente a la distribución por rangos de edades de las personas mayores institucionalizadas en 2023, se encontró que: primero, en los centros la presencia permanente de mujeres más que duplica a la de los hombres; por cada 12,4 mujeres hay 5,4 hombres en promedio, para un promedio total de 18 personas por hogar. Segundo, que los centros tienen más mujeres mayores de 80 años que los hombres, en una relación de cerca de 8 mujeres por 2,5 hombres octogenarios. Tercero, existe una tendencia a tener más hombres de menor edad y más mujeres de edad avanzada.

Gráfica 12 a y b. Distribución de las personas mayores en los centros por sexo. 2023.



En cuanto al tiempo de permanencia de las personas mayores en los centros, tanto para el 2013 y 2023, se encontró que el rango de tiempo de mayor permanencia está entre 2 a 5 años con el 31,4% para el 2023, seguidos por los que están entre 6 a 10 años, con el 18% y los que llevan más de 10 años, son el 6,5%. Por su parte, los egresos en su mayoría se dan por fallecimiento (Pineda Duque y Guevara, 2013).

Necesidades de las personas mayores por la pandemia

Con la encuesta del 2023 se identificó que un 66,3% de los encuestados consideraron que las personas mayores desarrollaron nuevas necesidades de cuidado durante la pandemia. Esto debido a que por las fuertes medidas tomadas en los centros gerontológicos, enmarcadas algunas en la categoría del edadismo, las personas mayores fueron aisladas completamente, y se les prohibió todo tipo de contacto y visitas, al igual que su actividad disminuyó drásticamente. A nivel de salud física cambios en el ciclo sueño-vigilia, pérdida de masa muscular, aumento de caídas y lesiones. A nivel de salud mental aumentó el riesgo de desarrollar ansiedad y depresión, resultando en la aceleración y agudización de enfermedades crónicas como demencia (Blandón, 2021 y Ortega, Sancho y Stampini, 2021).

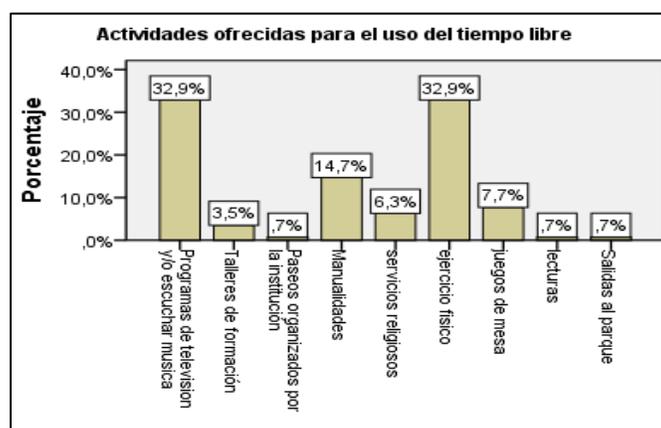
A unos les dio depresión, se pusieron de malgenio, lloraban, que miren me abandonaron, que no veo a mis hijos, a ellos les dio duro, aunque hablaban con ellos por teléfono (E2, mujer, auxiliar de enfermería, cuidadora). Yo les decía quítense el tapabocas para que los reconocieran, para que no perdieran todo el proceso, porque si no lo que se hace es aumentar el proceso de la demencia, la evolución podría ser más rápido, eso es lo que pasa si dejan de ver y reconocer a su familiar, por no compartir con ellos, nosotros tratamos de evitarlo (E24, mujer, terapeuta ocupacional, directora).

Según los testimonios de las personas entrevistadas, las personas mayores no solo desarrollaron nuevas necesidades en materia de cuidado, sino que el trabajo de las personas cuidadoras aumentó *“estar más pendiente, que si se ve decaído, no come, que se ve desganado, ver qué tiene ese abuelito”* (EE126, mujer, auxiliar de enfermería, cuidadora), por lo que la planta laboral experimentó un aumento significativo entre 2019 y 2023, pasando de un promedio de 7.5 a 8.1 empleados, reflejando mayores necesidades de cuidado durante la pandemia.

El cuidado y la atención aumentó, dado que las personas mayores al no poder salir, ni ver a sus familiares, afectaron su estado anímico y con esto se agudizaron sus patologías: (...) *el estar separados, porque a ellos siempre se les colocaba en la sala para ver televisión, pero en ese entonces fue cada uno en su cuarto, ellos preguntaban por qué, por qué siempre lejos* (EE10, hombre, psicólogo, director), *“La no socialización agudizo todas sus patologías”* (E11, mujer, nutricionista, directora).

Para el 2013, a las personas mayores se les permitía realizar las actividades de levantar los platos y cubiertos de la mesa y limpiar, en un 66,7% y realizar aseo, en un 18,1%. En cuanto a la oferta de actividades de entretenimiento, primaba la televisión y/o escuchar música con un 32,9%; el ejercicio físico también se encuentra con un 32,9% y las manualidades con un 14,7%.

Gráfica 13. Actividades ofrecidas a las personas mayores en los centros. 2013.



En el 2023, se evidenció que la participación de las personas mayores en actividades como levantar la mesa, limpiar, doblar la ropa, tender la cama, organizar el mercado, permanece como una práctica común en los establecimientos gerontológicos de Bogotá, aunque ya no sea permitida por la Secretaría de Salud. Esta colaboración activa no solo contribuye a la operación eficiente de los establecimientos, sino que también promueve un ambiente participativo y estimulante para los residentes, pues se siente útiles y valiosos. *“hay algunos que me ayudan a guardar su ropita, hay unos que me ayudan a doblar ropa, hay veces que se les olvida, pero intentan”* (E25, mujer, auxiliar de enfermería, cuidadora).” Sí, por ejemplo, hay una que ayuda a lavar la loza, les gusta, a pelar la papa, a veces sacar las sillas (...) si ellos lo quieren para que estén activos, [pero] eso no es permitido (...) y se ayudan a cuidar entre sí” (EE8, hombre, bachiller, administrador)

Con la señora funcional que teníamos, con ella lográbamos que hiciera ese tipo de actividades a manera de terapia ocupacional productiva, la terapia ocupacional productiva no es solo la que me genera unos ingresos monetarios sino la que me genera un bienestar que yo sienta la satisfacción de haber hecho una labor, en ese orden de ideas, le decíamos por ejemplo: ‘señora Julia hoy organice usted la mesa, coloque usted los platos’ porque en cuanto a poder nos vemos muy limitados por exigencia de la Secretaria de Salud, antes incentivábamos para que los adultos mayores ayudaran a desgranar, a empacar, a pelar (...) Sí, mucho antes de pandemia porque llega Secretaría y nos dice que para que una persona mayor pueda realizar

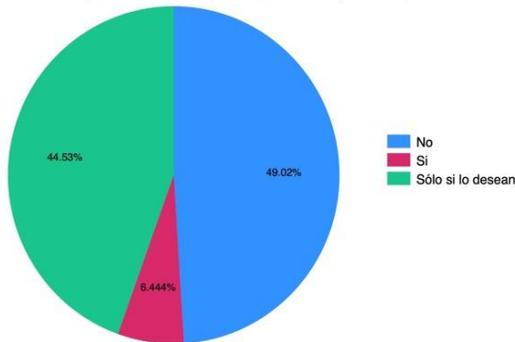
un procedimiento de esos, de selección distribución, picado y demás de algún alimento, debe hacer un curso de manipulación de alimentos y no se puede hacer, entonces por eso se restringió esa parte, pero del resto de actividades si, si se hacen (EE4, hombre, gerontólogo, director, cuidador).

Vale la pena resaltar que en la Comunidad de Cuidado Hogar Casa Santa María, se identificó una práctica interesante que podría replicarse en otros hogares, sobre todo en los estatales, en beneficio de las personas mayores pues se brinda un sentido de utilidad y de autonomía:

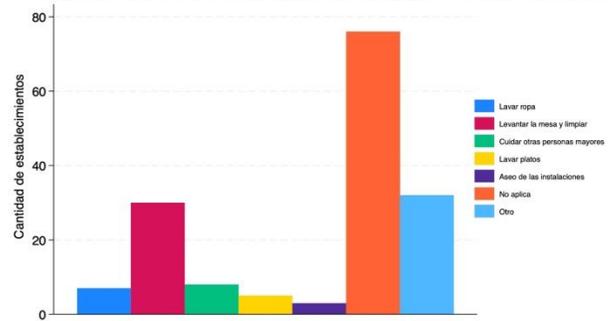
Aquí hay dos opciones, una son los talleres ocupacionales, se hacen actividades como el desgranado de arveja, frijol y lo que hace ese taller es que compran ese producto, ellos lo desgranar, lo venden [las personas cuidadoras y administrativas] y las ganancias se las distribuyen entre las personas que hayan hecho el desgranado (...) Lo ofrecen acá mismo en la Fundación, entonces aquí somos como unos 300 trabajadores, entonces hay grupos, entonces en el Santa María está vendiendo arveja, la libra vale \$8.000 entonces quién la encarga, entonces por encargo, encargan 10 libras, 5 libras, lo que sea, entonces yo vengo por la arveja, la pago y me voy, entonces es aquí internamente (EE125, mujer, trabajadora social).

Gráfica 14 a y b. Cooperación de las personas mayores en actividades en los centros. 2013 y 2023.

¿En esta institución, se acostumbra a que las personas mayores cooperen en actividades?



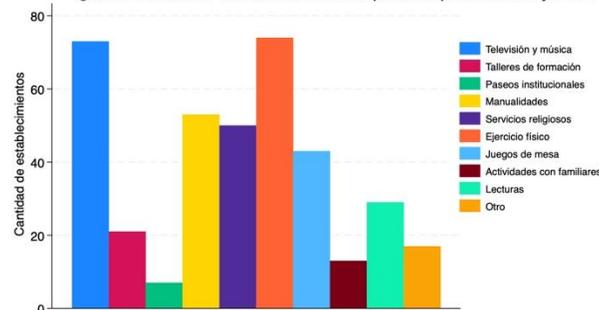
¿En esta institución, se acostumbra a que las personas mayores cooperen en actividades?



Sin embargo, se observa que la oferta recreativa sigue siendo moderada, pues entre las actividades más frecuentes se encuentran ver televisión y escuchar música, realizar ejercicio físico, manualidades y servicios religiosos. Aunque se reconocen un poco más las otras actividades, siguen teniendo un buen porcentaje las actividades pasivas.

Gráfica 15. Actividades ofrecidas a las personas mayores en los centros. 2023.

¿Qué actividades recreativas ofrecen para las personas mayores?



Aunque se ha incrementado la implicación de los residentes en diversas actividades, las más predominantes continúan siendo el ejercicio físico y las actividades pasivas de ver televisión o escuchar música, y la participación en actividades manuales. Este cambio refleja una evolución en la dinámica de participación de las personas mayores, evidenciando una mayor diversificación de opciones recreativas ofrecidas por la institución, al tiempo que se mantiene la importancia de las tareas cotidianas en la interacción activa de los residentes.

Pues les gusta mucho la musicoterapia, la música, los ponemos lo que es juegos de mesa, les gusta el ajedrez, parqués, dominó, pero más que todo es como parques, que juegan, uno les pone ejercicio y como que les da, les gusta la fiesta, ver televisión, películas, como música de recuerdo, hay veces se ponen a escuchar y se ponen a llorar, si pues dice que les gusta y como que les recuerda su época, sus picardías dicen (E25, mujer, auxiliar de enfermería, cuidadora).

No obstante, se identificó que en las comunidades de cuidado la Secretaría Distrital de Integración promueve la salud ocupacional a través del fomento de unidades productivas con las personas mayores, iniciativa que se podría promover en los hogares de carácter privado para promover la participación activa de las personas mayores y el fortalecimiento de su salud mental.

La otra es que aquí con la Secretaría hay algo que son las unidades productivas, en este momento hay 9 unidades productivas, en la línea de ocupación humana la Secretaría aparte da un recurso para compra de materiales para iniciativas productivas, entonces hay una señora o dos señoras que tienen habilidades para el tejido, entonces se postularon, se hizo un sondeo, entonces yo propongo una iniciativa productiva de tejido, entonces lo que hacemos es comprar las lanas, los insumos, los materiales para que esas personas arranquen su iniciativa productiva, la idea es que ellos con esa iniciativa si son personas funcionales y a mediano plazo tienen ya un ahorro puedan egresar con su familia o con su pequeña iniciativa y ellos ese material es de ellos y eso es de ellos, es difícil porque las personas se acostumbran a recibir y como a unos que vienen de calle entonces están acostumbrados a la mendicidad, a estar pidiendo entonces ustedes van a encontrar allá en la caseta un señor, me pueden regalar para un tinto, pues la mayoría de gente dice yo les regalo para un tinto, pero es por eso porque tienen ya la conducta de calle, sin embargo, se les trabaja y con esas iniciativas es que ellos puedan ser productores de su propio producto, de su propio negocio, entonces hay tejidos, hay desgranados, hay pintura en cerámica, madera (EE125, mujer, trabajadora social).

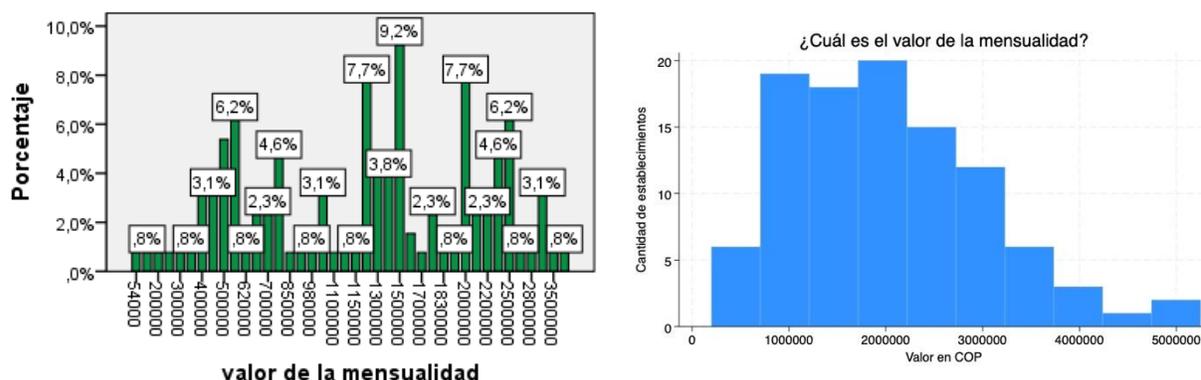
Estratificación y costos del cuidado institucionalizado

De acuerdo con la segregación socioespacial que tiene la ciudad, los centros gerontológicos se distribuyen en los distintos estratos socioeconómicos y reflejan esta distribución en los diferentes niveles de costos de sus servicios. Así, para 2013, la distribución de los hogares según el valor mensual de sus servicios, se da entre un rango -en pesos corrientes para dicho año- que va de cincuenta y cuatro mil pesos mensuales (\$54.000) a tres millones quinientos mil (\$3.500.000), con un promedio de un millón trescientos cincuenta mil pesos (\$1.350.000).

Para 2023, se mueve de manera similar entre un rango equivalente a pesos corrientes, de quinientos cincuenta mil (\$550.000) a cinco millones de pesos (\$5.000.000), con un

promedio muy cerca de los dos millones de pesos (\$2.000.000). Pasando los precios del 2013 a valores reales de 2023 (aplicando una tasa acumulada de inflación de 58,82% en la década), encontramos una estructura muy similar en ambas fechas. El promedio mensual de costo por cuidado es de \$2.144.070, es decir, hubo un incremento real de los costos de sólo 6,7% durante la década. No obstante, el tope más bajo en el 2023, se multiplicó al menos por cinco veces, bien puede ser por la reducción de la pobreza o por la salida del mercado de los centros más pequeñitos y baratos.

Gráfica 16 a y b. Distribución de centros gerontológicos según costo mensual de servicios 2013 y 2023.

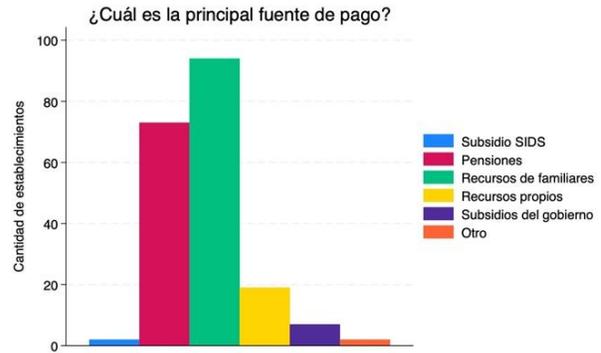
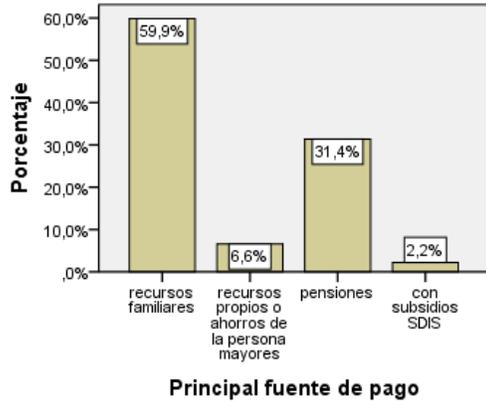


Con respecto a la principal fuente de pago de la mensualidad por los servicios de cuidado y residencia, tanto para 2013 como para 2023, son los recursos familiares, seguido de las pensiones. Debido al bajo nivel pensional de los colombianos, las pensiones sólo cubren al 31,4% de los pagos de cuidado en 2013 y al 34% en 2023; reflejando muy cerca, el porcentaje de cobertura pensional en la población mayor colombiana.

“Algunas son pensionadas pero la pensión no les alcanza y la familia les ayuda, entonces es pensión y familiar, en otros casos es familiar, acá hay como 2 casos de 2 señoras que están solas y la pensión ya no les alcanza mucho entonces las hermanas subsidian parte del pago” (E23, mujer, administradora).

No obstante que los recursos familiares son la principal fuente de financiación, estos disminuyeron significativamente en la década, al pasar de ser el 60% de los casos en 2013 a sólo 43,5% en 2023. Esta disminución se da en 2023, a favor de recursos propios (8,8%) y de subsidios del Estado (3,7%), expresando la financiación que proviene de las actividades independientes y de los nuevos programas de transferencias monetarias del Estado.

Gráfica 17 a y b. Fuentes de pago de servicios en centros gerontológicos. 2013 y 2023.



Ahora bien, para el 2023 resulta destacable que solo en cuatro establecimientos no se realiza ningún tipo de cobro, mientras que los demás tienden a cobrar cuotas dependiendo al espacio y la comodidad, o cuotas diferenciadas por capacidad de pago. Los precios mensuales varían considerablemente, con un promedio de \$2.013.578 y una mediana de \$1.900.000. La distribución de estos valores sugiere una inclinación hacia tarifas más bajas, aunque se observa una variabilidad significativa. Esto es evidente al considerar que la tarifa por debajo de la mínima es de \$200,000 en la *Fundación Jesús, Amor y Vida*, un establecimiento estrato tres en Los Mártires, y la máxima es de \$5'250,000 en Hogares gerontológicos San Ángel S.A.S., un establecimiento estrato cinco en Usaquén.

Es crucial resaltar que la principal fuente de pago proviene de los recursos familiares, seguida por las pensiones de los residentes. Esta dependencia de los fondos familiares subraya el rol fundamental de la familia en el sistema de cuidado para la vejez en Bogotá. Sorprendentemente, casi el 99% de los establecimientos no reciben subsidios estatales, evidenciando la necesidad de revisar y fortalecer las políticas públicas para asegurar la sostenibilidad financiera de estos establecimientos y promover la equidad en el acceso a servicios de calidad para las personas mayores. Además, para 2023, se ha reducido la prevalencia de aplicar tarifas generales para todos los residentes en instituciones, siendo más frecuente la adopción de sistemas de cobro diferenciados, ya sea basados en la capacidad de pago individual o en la elección de espacios y comodidades.

Persona mayor es una nueva actividad comercial, es clarísimo, que también ha habido un desarrollo comercial, en temas de servicio para mayores que deben ser empresas, que deben ser negocios, que deben ser rentables, creo que hay Instituciones como está y como conozco muchas de este tipo que son instituciones privadas de clase media para clase media, entonces nos toca ajustar las tarifas para que las personas de clase los puedan pagar, pero son personas con discapacidad, entonces la infraestructura del servicio tiene que contar con mayor personal, o sea, atender a personas con discapacidad tiene un mayor costo económico pero entonces nos deja a nosotros solos, arañando paredes a ver de dónde uno saca la plata para mantener el servicio y ustedes si quieren recorrer las instalaciones, es una casa buena, donde ellos están bien, donde hay una situación de bienestar, entonces construir bienestar es una tarea de la sociedad civil, del Estado y más bienestar para adultos mayores en condición de discapacidad, y realmente sentimos más trabas, más barreras por parte de las Instituciones y del Estado que apoyo (E18, mujer, fisioterapeuta, directora, cuidadora).

Referencias

- Alcaldía de Bogotá. (2020). ¿Cómo atiende el Distrito a las personas mayores? <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/integracion-social/ayudas-para-personas-mayores>
- Arreseigor, M. (2021). *Descolonizando el Alzheimer: el cuidado feminizado en contexto de pandemia Covid-19 ¿Subalternidad domesticada?* Fronteras, (17), pp. 101-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8281194>
- Batthyány, Karina; Pineda Duque, Javier; Perrotta, Valentina. 2024. *La sociedad del cuidado y políticas de la vida*. Buenos Aires: CLACSO.
- Blanca-Gutiérrez, J. J., Linares-Abad, M., Grande-Gascón, M. L., Jiménez-Díaz, M. D. C., y Hidalgo-Pedraza, L. (2012). Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. *Aquichan*, 12(3), 213-227. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948002>
- Castiblanco-Moreno, S. y Pineda, J. (2024). Organización social del cuidado: análisis desde “los halos del cuidado” en Colombia. *Cuadernos del Cendes*, 41 (117): 1-30.
- CEPAL (2022), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores (LC/CRE.5/3)*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Comas-d'Argemir, D. y Bofill-Poch, V. (2022). Cuidados a la vejez en la pandemia. Una doble devaluación”. *Disparidades. Revista de Antropología*, 77(1), 1-11. doi: <https://doi.org/10.3989/dra.2022.001a>
- Failache, E.; Katzkowicz, N; Méndez, F.; Parada, C.; Querejeta, M. (2024). Cuidados de la vejez y oferta laboral femenina en América Latina. *Desarrollo y Sociedad* 96: 11-38. <https://doi.org/10.13043/DYS.96.1>
- García-Santesmases, A., Moyà-Köhler, J., Farré Montalà, L. y Boyo Arias, A. (2022). Las infraestructuras de cuidado en tiempos de pandemia: de la crisis sanitaria a la emergencia de lo social. *Revista Española de Discapacidad*, 10(1), 231-240. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.10.01.11>
- Guimarães, Nadya Araujo; Gottfried, Heidi; Hirata, Helena; Pineda, Javier. (2025) (orgs.). *Care and Pandemic. A Transnational Perspective*. Leiden & Boston: Brill (Studies in Critical Social Sciences).
- Janoušková, M., Pekara, J., Kučera, M. *et al.* (2024). Experiencias de estigma, discriminación y violencia y su impacto en la salud mental del personal sanitario durante la pandemia de COVID-19. *Sci Rep* 14, 10534 . <https://doi.org/10.1038/s41598-024-59700-5>
- Jiménez Brito, L. (2023). Políticas de cuidados y seguridad social. Sistematización de buenas prácticas de políticas que reconozcan el trabajo de cuidado como vía de acceso a prestaciones de seguridad social. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).
- Millan, J. (2006). *Principios de Geriatria y Gerontología*. Mcgraw-Hill - Interamericana De España, S. A. U. <https://cbtis54.edu.mx/wp-content/uploads/2024/04/Principios-de-Geriatria-y-Gerontologia-Jose-Carlos-Milan-Calenti.pdf>

- Mosquera, L. y Hernandez, I. (2023). Análisis descriptivo de los brotes de COVID-19 ocurridos en las instituciones de protección integral a la persona mayor con servicios de larga estancia durante el año 2021 en la ciudad de Bogotá. *Boletín Epidemiológico Distrital - BED*, 20(2), 5-19. <https://doi.org/10.56085/01238590.14>. <https://revistas.saludcapital.gov.co/index.php/BED/article/view/14>
- Ortega, I., Sancho, M. y Stampini, M. (2021). Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el Covid-19. Banco Interamericano de Desarrollo, (IDB-DP-00851), 1-29. <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Fragilidad-de-las-instituciones-de-cuidado-a-la-vejez-ante-el-Covid-19-Lecciones-aprendidas-y-recomendaciones-para-la-reforma-de-los-servicios.pdf>
- Oxfam Internacional. (2022). *Los Cuidados en Latinoamérica y el Caribe. Entre las Crisis y las Redes Comunitarias*. https://lac.oxfam.org/wp-content/uploads/2025/06/Informe_Los-cuidados-en-LAC-entre-la-crisis-y-las-redes-comunitarias-1.pdf
- Pineda, J. (2014). Trabajo de cuidado de la vejez en una sociedad en envejecimiento. *Revista La manzana de la discordia*, 9 (1): 53-69.
- Pineda, J. (2018). Cuidado institucionalizado y vejez. En Luz Gabriela Arango, Adira Amaya, Tania Pérez-Bustos y Javier Pineda (Comp.) *Género y cuidado: teorías escenarios y políticas*, pp. 220-241. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de los Andes y Universidad Pontificia Javeriana.
- Pineda, J. (2019). Trabajo de cuidado: Mercantilización y desvalorización. *Revista CS*, núm. especial, 111-136. <https://doi.org/10.18046/recs.iEspecial.3218>
- Pineda J. (2021) Care Work: Professionalization and Valuation of Nurses and Nursing Assistants in Health and Old Age in Colombia. En Araujo, N. y Hirata, H. (Ed.) *Care and Care Workers. A Latin American Perspective* (ISBN 978-3-030-51692-5) pp. 203-215. Springer.
- Pineda, J. y Guevara, N. (2013). *Informe segundo semestre de ejecución 2013-II*. Proyecto vejez y trabajo de cuidado en una sociedad en envejecimiento. Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo. Universidad de los Andes.
- Pineda, J. y Guevara, N. (2014). *Informe cuarto semestre de ejecución 2014-II*. Proyecto vejez y trabajo de cuidado en una sociedad en envejecimiento. Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo. Universidad de los Andes.
- Pineda J. y Guevara N. (2023). Género y cuidado de la vejez. Análisis de política pública y experiencias en la sociedad civil en Bogotá. En A. Padilla-Muñoz (Ed.) *Hacer visible lo invisible. Cuidado informal y las personas cuidadoras*, pp. 121-147. Centro Editorial Universidad del Rosario.
- Pineda, J. y Garzon, T. (2023). Familia, mercado y cuidado de la vejez: el papel de la jurisprudencia de la Corte Constitucional en Colombia. En Jaramillo, I. y Garzón, T. *Nuevas familias, nuevos cuidados. Cómo redistribuir el cuidado dentro y fuera de los hogares del siglo XXI*, pp. 181-205. Siglo Veintiuno Editores Argentina S.A.
- Pineda J, y Rodríguez O. (2021) Trabajadoras del cuidado en la salud: crecimiento sin reconocimiento. Porrás-Santillana, L. y Ramírez-Bustamante. N. (ed.) *Mucho*

- camello, poco empleo: por qué el trabajo de las mujeres en Colombia es escaso, desvalorado y mal remunerado* (ISBN 9789587981544) pp. 143-169. Ed. Uniandes
- Ribera-Casado, J. M. (2020). Covid-19 y residencias de anciano: algunas reflexiones. ANALES RANM Real Academia Nacional de Medicina de España, 137(02), 222-226. <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2020.137.02.rev16>
- Robles, L. (2005). La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. *Papeles de Población*, 45. 49-69. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000300004
- Scavino Solari, S., y Aguirre Cuns, R. (2016). Cuidar en la vejez: desigualdades de género en Uruguay. *Papeles del CEIC*, 150, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco, <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.15449>
- SDP (2022). *Encuesta Multipropósito de 2021*. Secretaría Distrital de Planeación. https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/estratificacion/estratificacion-por-localidad?utm_source=chatgpt.com
- Ocampo, Y. (2022). *Prácticas institucionales de cuidado de adultos mayores en el contexto de la pandemia del Covid-19 en Manizales – Caldas*. (Trabajo de Grado). Universidad de Caldas. <https://repositorio.ucaldas.edu.co/handle/ucaldas/17397>
- Trejos-Herrera, A. M., Vinaccia, S., & Bahamón, M. J. (2020). Coronavirus in Colombia: Stigma and quarantine. *Journal of global health*, 10(2), 020372. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.02037>
- Valenzuela, M. E. (2010). Trabajo y responsabilidades familiares en el contexto del envejecimiento: ¿quién se encarga del cuidado? In A. Prado & A. Sojo (Éds.), *Envejecimiento en América Latina: Sistemas de pensiones y protección social integral*. Naciones Unidas, CEPAL: Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo.