



Departamento de Derecho Privado

Máster de Estudios Avanzados en Seguridad Social

**LOS SISTEMAS DE CUIDADO DENTRO DEL SISTEMA  
PROTECCIÓN SOCIAL: UN ENFOQUE DE GÉNERO PARA EL  
CASO COLOMBIANO**

**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

**Tary Cuyana Garzón Landínez**

**Noviembre de 2017**

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



UNIVERSIDAD  
**PABLO  
OLAVIDE**  
SEVILLA

*“(…)Y después de darlo todo  
- en justa correspondencia -  
todo estuviere pagado  
y el carné de jubilado  
abriese todas las puertas..*

*En lugar de arrinconarlos en la historia,  
convertidos en fantasmas con memoria...*

*O simplemente si todos  
entendiésemos que todos  
llevamos un viejo encima.*

*Quizá llegar a viejo  
Sería más llevadero,  
Más confortable,  
Más duradero”.*

*J.M. Serrat*

## **RESUMEN**

La conceptualización de las situaciones de dependencia (discapacidad o vejez), como una carga social, ha implicado la negación de los espacios sociales y de desarrollo de sus capacidades, acarreado de igual forma una alta demanda de cuidados, los cuales deben ser provistos por parte de sus familiares en virtud del principio de solidaridad y solo a falta de los mismos, por parte del Estado. A esta actividad de cuidados han concurrido históricamente las mujeres, al considerarse que es un rol propio de su género; sin embargo, la necesaria participación de las mujeres en los mercados del trabajo, han puesto en relieve la importancia de la implementación de un sistema de cuidados que se organice desde los sistemas de protección social, al ser los que atienden los riesgos sociales.

La importancia y avances de la seguridad social hacia esquemas no contributivos y la proyección que en un país como Colombia puede tener hacia un sistema de cuidados bajo una perspectiva de género como aspecto transversal para la atención de las personas en situación de dependencia, partiendo siempre de su importancia social y de la contribución que pueden generar en la sociedad, a partir de la revisión normativa, jurisprudencial y de derecho comparado, constituyen el eje del presente trabajo.

### **Palabras clave**

Cuidado, dependencia, género, prestaciones no contributivas, seguridad social

## TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>1. CONTEXTO Y CARACTERIZACIÓN DE LA VEJEZ Y LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. La situación de discapacidad como fuente de dependencia .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2. La vejez como fuente de dependencia .....</b>	<b>13</b>
1.2.1. Situación de los ancianos en Colombia.....	19
1.2.2. Normatividad frente al adulto mayor en Colombia.....	22
<b>2. CONTEXTUALIZACIÓN Y COMPRENSIÓN DE LOS SISTEMAS DE CUIDADO.....</b>	<b>24</b>
<b>3. EL ROL DE LA MUJER EN LOS SISTEMAS DE CUIDADO EN COLOMBIA .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1. Marco normativo de la mujer en Colombia.....</b>	<b>34</b>
<b>4. LAS PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS Y SU ROL DENTRO DE LOS SISTEMAS DE CUIDADOS- ENFOQUE DENTRO DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1. Prestaciones no contributivas en el sistema de seguridad social colombiano.....</b>	<b>39</b>
4.1.1. Fondo de Solidaridad Pensional.....	42
4.2. Beneficios Económicos Periódicos .....	45
<b>5. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE CUIDADOS EN COLOMBIA.....</b>	<b>49</b>
<b>5.1. Modelos de sistemas de cuidados en Iberoamérica: experiencias desde un enfoque de género.....</b>	<b>49</b>
<b>5.2. Naturaleza de los servicios de cuidadora por parte del sistema de seguridad social en salud. Una construcción a partir de los fallos de la Corte Constitucional .....</b>	<b>53</b>
<b>5.3. Postulados de un Sistema de cuidados en Colombia .....</b>	<b>56</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>64</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO NORMATIVO .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO JURISPRUDENCIAL .....</b>	<b>73</b>

## INTRODUCCIÓN

Cuando aludimos a la seguridad social, nos referimos a la protección frente a los riesgos sociales, definidos como todas aquellas contingencias a las cuales se encuentran expuestas las personas en una comunidad determinada y que pueden afectar sus ingresos económicos y con ello su calidad de vida. El concepto de seguridad social en este sentido, se ha ido ampliando al marco de la protección social, la cual articula un sistema que amplía el marco de los riesgos expresados y versa sobre todos aquellos determinantes que afectan la vida de los individuos en una comunidad determinada.

Así las cosas, la protección social indaga sobre los determinantes de la salud, el acceso a la educación, las condiciones del empleo, la vivienda, el subsidio familiar y todas aquellas condiciones sociales que inciden en el crecimiento social de las personas y su entorno.

Antes de las grandes reformas que, para los años 80 y 90 y del siglo XX en América Latina, plantearan la necesidad de crear un sistema único de seguridad social, esta era entendida como un sistema de seguro social bismarckiano dirigido a los trabajadores, lo que implicaba que era un sistema de carácter principalmente contributivo y que prestaba el mercado laboral formal. En la medida en que las sociedades fueron cambiando y que los riesgos se diversificaron al ampliar el margen de la población asegurada, también por las mejoras y prestaciones que daban los empleadores a los trabajadores, este sistema dejó de ser exclusivamente contributivo al atender otros riesgos previstos como los derivados de actividades que no guardaban relación con el trabajo (Cortés González, 2016).

En este sentido, en Colombia se han abierto dos discusiones importantes en materia de seguridad social: la primera, en cómo el sistema debe adaptarse para acoger a los grupos más vulnerables de la población a través de la adaptación de las prestaciones de acuerdo con el nivel de ingresos, y la segunda, en cómo el sistema debe fortalecerse para abarcar nuevas prestaciones para asegurar la calidad de vida de sus habitantes.

Para la OPS y la OIT la protección social no puede limitarse a la protección de los riesgos sociales sino que debe abarcar las variables de orden político, económico y social que puedan afectar la salud, el empleo y en general la calidad de vida de las personas (fin último del sistema), por lo que han emprendido iniciativas que involucren a los Estados en este compromiso social por emprender acciones integrales que afecten de manera general la protección de las personas dentro de los Estados bajo un criterio de equidad y equilibrio social, guardando una estrecha relación con los modelos de desarrollo deseados (Mejía Ortega & Giraldo, 2007).

Las políticas públicas emprendidas a partir de los dos postulados anteriormente expuestos, comprenden acciones para superar las condiciones de miseria y por ello su interacción con los riesgos sociales cobró especial importancia para evaluar las brechas

sociales que se presentaban en las comunidades. Así las cosas, una concepción en este sentido de la protección social nos acerca igualmente a las obligaciones estatales y los alcances de la política pública que se debe implementar en esta materia (CEPAL, 2013).

La vejez y la invalidez son dos de las condiciones en que las personas, al perder su capacidad normal de trabajo productivo (en el marco de una sociedad capitalista), se ven avocadas a requerir el cuidado de terceros, tanto desde un punto de vista económico, toda vez que sus ingresos deben ser reemplazados por pensiones, como desde la atención que requieren para desarrollar sus actividades diarias.

La tasa de dependencia es definida como la medida comúnmente utilizada, para medir la necesidad potencial de soporte social de la población en edades inactivas por parte de la población en edades activas. Es el cociente entre la suma de los grupos de población de menos de 15 y de 65 y más años de edad y la Población de 15 a 64 años de edad. La transición demográfica tiene relevancia particular porque contribuye a delinear la arquitectura de la nación a largo plazo (CEPAL, 2015).

Para su cálculo se agrupa a la población de acuerdo con su edad, de tal manera que se separa a la población económicamente activa de la que no lo es, los rangos elegidos son los siguientes: a) Menores de edad: población de 0 a 14 años. b) PEA: población de 15 a 64 años. c) Mayores de 65 años. Teóricamente se considera que el primer grupo corresponde a la población en edad escolar y preescolar, el segundo a las personas en edad de trabajar, y el tercero, a las ya retiradas de la actividad económica. Aunque este indicador no expresa la carga real de población inactiva, ya que no toda la población en edad activa trabaja, da una idea del potencial de la fuerza de trabajo que habría que integrar a las actividades productivas (Instituto de Geografía- UNAM , 2004).

La esperanza de vida y la tasa de fertilidad son las principales causas del envejecimiento de la población y por lo tanto afectan directamente los niveles de dependencia. Las tasas de fertilidad son más bajas que el reemplazo de la población y han ido descendiendo por factores como la calidad de vida y la participación de las mujeres en el trabajo. La tasa global de fertilidad, es obtenida de acuerdo a “el número promedio de hijos que nacerían por mujer si todas las mujeres vivieran hasta el final de sus años fértiles y dieran a luz de acuerdo con la tasa de fecundidad promedio para cada edad. Esa tasa promedio se calcula sumando las tasas de fertilidad específicas para cada edad en intervalos de cinco años” (OECD, 2015).

Por su parte, la esperanza de vida se define como el número promedio de años que las personas de una determinada edad pueden esperar vivir si se ajustan a las tasas de mortalidad específicas por edad y sexo prevalentes en un país determinado en un año específico (OCDE/ BID, 2015). Estos análisis se han hecho en el marco de los retos que tienen los Estados frente a estos fenómenos, particularmente desde sus sistemas de seguridad social.

La relación entonces es que entre menos aumente la tasa de fertilidad y más avance la esperanza de vida, mayor va a ser la tasa de dependencia. Un sistema de pensiones sano se busca en una tasa de fertilidad donde se reemplace la población y la tasa de decesos

sea proporcional generando un tiempo menor de disfrute de las prestaciones así como la pirámide demográfica. El problema de la esperanza de vida es precisamente el tiempo de disfrute de las prestaciones, pero un aumento de la tasa de fecundidad sin una relación directa con la tasa de decesos aumentaría el valor de las pensiones por supervivencia y los grados de dependencia familiares aumentando así el nivel de dependencia y disminuyendo de manera importante la capacidad de gasto de los hogares.

Este desafío del cambio demográfico para la OIT, visto exclusivamente a los ojos de la seguridad social parece limitarse a una problemática muy sencilla: existe solidaridad intergeneracional y entre más viejos haya y menos jóvenes con trabajos más precarios, el sistema sufre una crisis de sostenibilidad frente a la cual debemos emprender acciones para que esta crisis no detone.

Frente a esta sencilla pero a la vez compleja visión, la OIT ha propuesto opciones como elevar los niveles de empleo con empleo productivo y trabajo decente (considerando aquel que cumple en su integridad con la garantía de los derechos laborales, promueve la igualdad en la remuneración, previene la discriminación laboral y el que da protección social y promueve diálogo social); promover nuevas formas de empleo de trabajo y otras maneras de producir bienes y servicios; garantizar niveles mínimos de ingreso para los ancianos; promover la incursión equitativa de la mano de obra femenina; y recuperar los talentos de las personas en situación de discapacidad.

En este sentido, las situaciones de dependencia han generado dos fenómenos importantes: el primero, un mayor número de personas que requieren una serie más amplias de prestaciones desde el sistema de seguridad social, el cual no queda limitado a los sistemas de pensiones y de salud, y el segundo, la necesidad de comprender el cuidado como un trabajo y por lo tanto, de generar acciones para la atención de las cuidadoras.

Países como Uruguay y España han establecido modelos bastante avanzados frente al sistema de cuidados, articulando esfuerzos desde entidades públicas y privadas para afianzar estas acciones generando un impacto bastante positivo en naciones como estas que presentan un alto índice de envejecimiento poblacional. Situación diferente se presenta en Colombia en donde el envejecimiento poblacional ha sido menos acelerado, pero donde existen altos niveles de dependencia por discapacidad. Colombia expresa una reducción del índice de dependencia, pasando de 59 a 53 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), por cada 100 personas en edad económicamente activa. Esta disminución, fue a expensas de la población menor de 15 años, pasando de 49 a 42 menores por cada 100 personas en edad de trabajar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Para atender estas situaciones, además del sistema de pensiones contributivo, en Colombia la Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Servicios Complementarios, establecido inicialmente como un sistema remanente dirigido a ancianos en condición de indigencia, pero que hoy se convierte en el epicentro de prestaciones económicas y asistenciales con las que cuentan más de un millón y medio de ancianos a nivel



nacional. Situaciones como la informalidad laboral, el aumento en los niveles de discapacidad, la baja posibilidad de las personas para aportar y el reconocimiento y ampliación de los derechos sociales (antes reconocidos como de segunda generación), hicieron que este sistema se fortaleciera y hoy sea el eje fundamental de las prestaciones no contributivas que se prestan dentro del sistema de seguridad social diferente a la asistencia en salud.

La potencialidad que tiene este sistema para abarcar todos los derechos sociales (salud, recreación, eliminación de la pobreza) y sobre todo el convencimiento de que solo se logra la libertad y la dignidad garantizando condiciones sociales para su disfrute, hacen que este sistema sea el llamado a atender los nuevos riesgos sociales que se avecinan (Herreño Hernández, 2008). No obstante lo anterior, el trabajo derivado de la economía del cuidado, sigue estando sin remuneración y por lo tanto carente de las prestaciones de la seguridad social, al no incluir el mismo, ningún esquema prestacional hacia las personas que desarrollan el trabajo del cuidado a nivel informal.

Así las cosas, se hace necesario establecer un aporte sobre los lineamientos que debe tener un sistema de cuidados, la importancia de su implementación y los servicios que se deben garantizar en pro de esta población desde la seguridad social tanto de forma contributiva como no contributiva con un enfoque especial en el cuidador, labor que tradicionalmente ha sido encomendada a las mujeres.

Para tal fin hay que contar con dos actores principales: la persona en situación de dependencia y aquella que se va a encargar de su cuidado: con respecto a la persona en situación de dependencia, se referenciarán las situaciones derivadas de la condición de discapacidad y aquellas relacionadas con la vejez. Con respecto a la cuidadora, se explorarán las condiciones actuales de quienes ejercen esta actividad de manera formal y de manera informal, con el fin de evidenciar su incidencia en la economía del cuidado, y el rol que puede desarrollar la seguridad social para la protección del trabajo que desarrollan, bajo los estándares que señala la OIT.

Así las cosas, se evidencian actualmente nuevos estudios que han generado preocupaciones por el cuidado del cuidador, la protección social que merecen y el reconocimiento y cuidado frente a la gestión que emprenden y la consecuente obligación de generar una retribución social que atienda sus necesidades particulares, sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría de las personas que ejecutan esta actividad son mujeres.

Aunque ambos puntos de vista son importantes al momento de entrar a analizar los sistemas de cuidados, el presente trabajo no buscará constituir un análisis de las prestaciones ya existentes (aspecto que tendrá un alcance conceptual), sino que abordará los fundamentos mismos de los sistemas de cuidados, el rol de los sistemas de seguridad social en los mismos y los alcances que pueden tener los Estados, en particular el Colombiano, para su adecuada implementación en un esquema a largo plazo que contemple de igual forma una perspectiva de género que promueva esquemas equitativos y sostenibles en el marco de la economía del cuidado.

Así las cosas, el presente documento, se encuentra estructurado de la siguiente manera: en primer lugar se hará una contextualización y caracterización de los sujetos protegidos, esto es de la vejez y las situaciones de dependencia, revisando las cifras actuales que se tienen en discapacidad y vejez así como un repaso normativo para validar qué se encuentra en Colombia en torno a la obligación de proveer cuidados a esta población.

En segundo lugar, se esbozarán las definiciones y alcances de los sistemas de cuidado y de las actividades de las cuidadoras, con el fin de estructurar las prestaciones que se generarían en este sentido. Paso seguido, y teniendo en cuenta que la mayoría de las personas que prestan los servicios de cuidados son las mujeres, se estructurará el rol que ellas tienen en este trabajo, evaluando las cifras actuales y la implicación que ello tiene para el sistema de seguridad social, al igual que se hará un recuento normativo.

En cuarto lugar, se presentarán las prestaciones no contributivas, con el fin de evaluar cómo pueden contribuir a la construcción de un sistema de cuidados en Colombia y por último se estructurarán los lineamientos para la implementación de este sistema en nuestro país, para lo cual se evaluarán experiencias internacionales y se construirá una línea jurisprudencial para validar cuál es la naturaleza del derecho actualmente en Colombia. En este mismo capítulo se presentará la estructura general, principios y prestaciones que se podrían tener en cuenta en Colombia para la implementación de un sistema de cuidados.

El interés por abordar este tema, no es otro que reconocer la importancia de los sistemas de seguridad social en los cambios demográficos que experimentan nuestras sociedades, y ha significado la oportunidad de revalorar las actividades que de manera natural ha prestado mi mamá y mis tías para el sostenimiento de las estructuras familiares y que no son más que una muestra de la labor que, de manera silenciosa, han ejecutado millones de mujeres alrededor del mundo y a quienes les debemos el sostenimiento de nuestras sociedades.

## **1. CONTEXTO Y CARACTERIZACIÓN DE LA VEJEZ Y LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA**

Pensar en un sistema de cuidados requiere en primer lugar de la caracterización de la población a proteger y de evidenciar cómo la misma requiere un esquema que garantice, en virtud de la normatividad vigente, sus derechos fundamentales así como la atención de sus necesidades básicas. En el presente capítulo se evidencian las características de la población en situación de dependencia, recordando no solo el deber de solidaridad que nos compete a todos dentro de la sociedad, sino de las oportunidades de desarrollo humano que se encuentran en la misma y que el sistema de seguridad social tiene la oportunidad de potencializar.

De acuerdo a lo establecido en la Recomendación No. 98 adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998, en la 641g reunión de Delegados de Ministros, del Consejo de Europa, la dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado (Consejo de Europa, 1998)

Así las cosas, y al aumentar progresivamente el número de personas mayores en el mundo, las situaciones de dependencia van a seguir surgiendo, convirtiéndose en una necesidad de salud pública al requerir cada vez más de procesos de atención permanente. No obstante lo anterior, y al provenir las situaciones de dependencia no solo de la vejez sino de la discapacidad, analizaremos en primer lugar este concepto de manera genérica, procediendo posteriormente a profundizar en los aspectos relativos a la vejez que constituyen el eje central de la presente investigación.

### ***1.1. La situación de discapacidad como fuente de dependencia***

Según la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad abarca las deficiencias (problemas que afectan una estructura o función corporal), las limitaciones (dificultades para ejecutar acciones o tareas) y las restricciones de la participación en situaciones vitales. Así las cosas, para este año la OMS delimitó el significado de discapacidad a partir de tres conceptos: deficiencia, discapacidad y minusvalía, permitiendo con ello analizar no solo el concepto sino las consecuencias de la discapacidad en las diferentes esferas de la vida de las personas (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011).

En primer lugar, por deficiencia se entendió como la “pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica de manera temporal o permanente” (Cáceres Rodríguez, 2004), esta deficiencia por lo tanto hace referencia al aspecto físico o fisiológico relacionado con la forma como debe funcionar de manera habitual.

En segundo lugar se destaca el concepto propiamente de discapacidad, la cual se define como toda restricción de la capacidad para realizar una actividad en debida forma o en el marco de lo que se considera normal. Esta discapacidad se ha diferenciado en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad.

Por último se encuentra la noción de minusvalía definida como toda situación desventajosa que supone un impedimento para el desarrollo de las funciones que se consideran normales con respecto a la edad de la persona, su condición social, su sexo y sus propias expectativas.

Esta conceptualización sin embargo fue revisada posteriormente por La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) aprobada mediante la resolución WHA54.21, incluyendo también factores ambientales, las cuales han sido aceptadas por las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 48 de 1996 (Organización Mundial de la Salud, 2001)

Vale la pena anotar que en este proceso de definición de la discapacidad, se ha encontrado una dialéctica entre el modelo médico y el modelo social. El modelo médico se basa en la disfunción entendida como una afectación física, psicológica o fisiológica que requiere un tratamiento médico especializado y por ello se basa en el concepto de la atención y de la rehabilitación integral.

En cuanto al modelo social, la discapacidad se entiende como un problema contextual y de origen social que no permite la integración de las personas con capacidades diversas y por ello su tratamiento requiere de cambios estructurales en las comunidades y no solamente de un tratamiento médico, lo cual implica la atención y capacitación del cuidador, el cual debe estar respaldado por un sistema de cuidados que tienda a mejorar sus condiciones de vida (Victoria Maldonado, 2013).

En Colombia, la Ley 1145 de 2007 define la situación de discapacidad como el conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales y sociales, que pueden afectar la autonomía y la participación de la persona, su núcleo familiar, la comunidad y la población en general en cualquier momento relativo al ciclo vital, como resultado de las interacciones del individuo con el entorno.

Por otra parte, mediante la Ley estatutaria 1618 de 2013, se definieron a las personas en situación de discapacidad como aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales,

intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Con respecto a la definición de la normatividad anterior, vemos que se amplía el concepto de deficiencia y se incluyen las barreras de tipo actitudinal, permitiendo así escalar el concepto de discapacidad hacia la actitud que tome la sociedad frente a este grupo poblacional.

Según el informe mundial sobre la discapacidad, elaborado por la OMS y el Banco Mundial (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011) alrededor del 15% de la población mundial sufre algún grado de discapacidad. Según la encuesta mundial de salud 110 millones de personas con discapacidad sufre dificultades significativas de funcionamiento. Estas cifras van al alza debido a diversas problemáticas culturales (tales como el abuso en el consumo de sustancias psicoactivas), ambientales (principalmente condiciones de contaminación ambiental y catástrofes naturales) y sociales (como las guerras y el desplazamiento forzado).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social creó el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad identificando un total de 1.062.917 personas en esta condición de los cuales 546.876 son mujeres y 516.030 son hombres. De estos registros el 47% corresponde a personas mayores de 60 años de edad, teniendo mayor incidencia el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, seguido por discapacidades relacionadas con el sistema nervioso, la visión y el sistema cardiorrespiratorio y defensas (Ministerio de Salud y Protección Social).

Con estas cifras, aún pendientes por actualizar, Colombia se constituye como el segundo país de Latinoamérica con mayor índice de personas con discapacidad. En este sentido, se torna como urgente crear un sistema de cuidados que atienda las necesidades de las personas en situación de discapacidad disminuyendo así el nivel de vulnerabilidad y atendiendo el respeto por su dignidad y garantizando atención y capacitación a la persona responsable de sus cuidados básicos.

Con respecto a la normatividad internacional, se destaca, a nivel internacional la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, aprobada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, en ciudad de Guatemala el 6 de julio de 1999, e incorporada al derecho interno mediante la Ley 762 de 2002. Aunque en ella no se hace mención al rol de los cuidadores y cuidadoras, sí implica un avance importante en la inclusión laboral de personas en situación de discapacidad, lo que disminuiría la carga social y psicológica que implica para las cuidadoras la situación de dependencia.

Por otra parte, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, adoptada mediante la Ley 1346 de 2009 por el Estado Colombiano, señala un cambio paradigmático en materia de garantía de los derechos humanos y protección de las libertades fundamentales de las personas en situación de discapacidad (Organización de Naciones Unidas), previendo de igual forma una obligación de los Estados Miembro de “adoptar todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de

asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad”. Así las cosas, Colombia se encuentra obligado a diseñar un sistema de cuidados que prevea, bajo un enfoque de género, un sistema de cuidados que prevenga la violencia contra las personas en situación de discapacidad y mejore su calidad de vida y la de sus cuidadores y cuidadoras.

Resulta pertinente mencionar que en Colombia, la inclusión de las personas en situación de discapacidad ha tenido un enfoque laboral importante, reflejado en normas como la Ley 361 de 1997 que sanciona las conductas de discriminación laboral contra este grupo poblacional y promueve la inclusión en el empleo, y la sentencia C-458 de 2015 que reformula toda la normatividad relativa a la discapacidad, realizando una nueva aproximación sobre el concepto y sobreponiendo la persona a la situación en sí.

Estos avances han generado acciones como la exoneración de impuestos a las empresas que contraten personas en situación discapacidad, preferencia en los procesos de licitación con el Estado y mayor reconocimiento social, así como se han establecido sanciones a las empresas que generen acciones discriminatorias como efectuar despidos sin verificación previa del Ministerio del Trabajo.

Con respecto al tema del cuidado, las normas precitadas prevén actividades de capacitación y formación para cuidadores y cuidadoras así como la promoción de programas que apoyen esta actividad considerada como de “solidaridad familiar”, sin que se haya emitido una reglamentación al respecto. No obstante lo anterior, sí hay normativamente un reconocimiento a las funciones de la cuidadora en el marco de protección a las personas en situación de discapacidad, lo que supone un avance que, en el marco de una Ley estatutaria, brinda el soporte necesario para la formación de un sistema de cuidados.

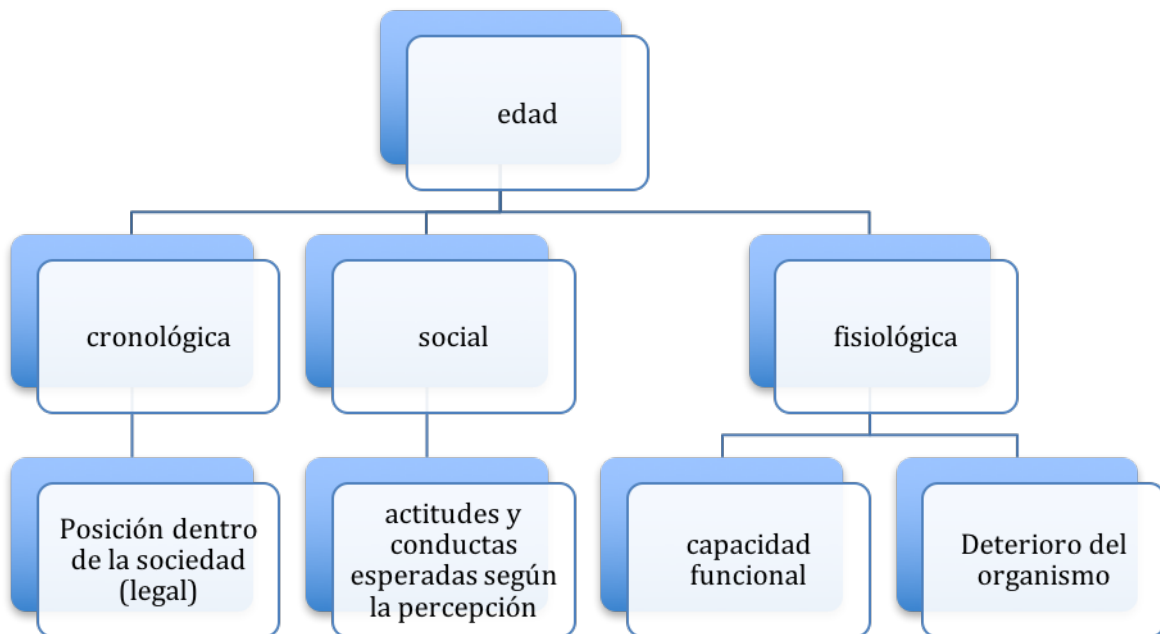
El avance que se requiere entonces, no versa tanto en torno al reconocimiento de los derechos de las personas en situación de discapacidad o de su inclusión laboral, sino en la importancia que se da a los cuidados como labor fundamental para el desarrollo social de las personas en situación de discapaciad. Así las cosas, a pesar de ser denominadas como actividades de solidaridad familiar, el reconocimiento frente a las actividades de formación que se deben dar, sí constituyen un aporte importante para fundamentar lo que debería ser un sistema de cuidados en Colombia.

## **1.2. *La vejez como fuente de dependencia***

Reconocido es para el sistema de seguridad social, que la vejez implica unas prestaciones de carácter económico y asistencial y que, en la medida en que avance el envejecimiento poblacional, mayores serán los requerimientos en esta materia. Así las cosas, realizaré un acercamiento conceptual sobre la vejez y el envejecimiento, así

como la situación actual y la proyección sobre la cual se debe estructurar un sistema de cuidados en Colombia.

La edad es una construcción social al servicio de las necesidades socio económicas y culturales, institucionalización social de la trayectoria vital alrededor del trabajo. Se han distinguido tres significados distintos de la edad: la edad cronológica, la edad social y la edad fisiológica, diferenciaciones que nos permitirán igualmente asociar esquemas de la edad con modelos de atención y esquemas de dependencia que desligan el ciclo vital del trabajo como tal (Arber & Ginn, 1996).



Ahora bien, hay que distinguir dos aspectos importantes: el envejecimiento y la vejez. La vejez entendida como el proceso cronológico dado por el paso del tiempo y el envejecimiento como el proceso social y cultural en el cual se van modificando los niveles de relacionamiento con el entorno. Así las cosas, en el proceso de envejecimiento la atención de los sistemas de seguridad social se torna prioritaria en tanto puede ser determinante para validar la forma como se garantizan esquemas de inclusión social y atención prioritaria (Alvarado García & Maya, 2014).

El proceso de envejecimiento puede ser social o personal y su avance o necesidad de atención también dependerá de las sociedades en donde se produzca, entre mejor calidad de vida se tenga mejores serán las condiciones de envejecimiento de las personas.

Resulta pertinente señalar autores como Riley, quien ha especificado que el envejecimiento es una construcción social que ha dividido la sociedad en cohortes distintas y que ha construido la pirámide poblacional otorgando roles de relacionamiento entre sí, los cuales han ido cambiando en la medida en que se ha ido aumentando la esperanza de vida, así las cosas, efectos como la prolongación de los tiempos de estudio, la postergación del matrimonio y el aumento en la edad de jubilación, hacen que el relacionamiento entre las generaciones empiecen a modificarse y con ello se hace necesario trascender los esquemas de solidaridad intergeneracional y hacer depender la sostenibilidad del sistema exclusivamente del trabajo como fuente única de empleo (Riley, 1987).

Esta premisa ha sido avalada por Kohli (1988) quien ha desarrollado la interesante idea de comprender que estamos en una sociedad de trabajo donde la organización de la trayectoria vital se organiza en torno al mismo. En este sentido, la vida se organiza en una fase de preparación, otra de producción y una última de retiro donde los sistemas de seguridad social encuentran su mayor riesgo económico y de sostenibilidad al estar fundamentada especialmente en la producción que tengan las personas al interior del sistema.

El problema radica entonces en que, al depender los esquemas de atención de la seguridad social del trabajo, este se ha institucionalizado a partir de modelos económicos y sistemas de producción que actúan de manera autónoma y donde la intervención política es más difícil en tanto ni siquiera los esquemas de bienestar han logrado modular los esquemas de organización del empleo dirigido particularmente por la economía de la modernidad.

Así las cosas, el empleo es lo que determina los esquemas de financiación de la seguridad social y situaciones como el retiro o el desempleo ponen en riesgo este esquema y por lo tanto implican un riesgo social y económico para la seguridad social, por lo que los esquemas no contributivos se postulan como un modelo de desarrollo económico importante para atender estas situaciones particulares y generar esquemas de atención a la dependencia que no se fundamenten exclusivamente en el trabajo (Hernández Córdoba, 2016).



En este sentido, la relación entre las cohortes por edad debe trascender de un esquema de solidaridad económica de los jóvenes con trabajo hacia los viejos retirados, hacia un esquema en que los mayores tienen autonomía financiera y por lo tanto no implican una carga mayor para los jóvenes permitiéndoles a los mismos contar con los mayores en momentos de necesidad especialmente ahora cuando los niveles de desempleo son los más altos entre los jóvenes.

Existen también conceptualizaciones que han relacionado el envejecimiento con la disminución colateral de la natalidad. Autores como Alfred Sauvy definieron el envejecimiento de la población como un riesgo de debilitamiento económico y social por lo que el envejecimiento empezó a tener una “fama” de decadencia individual y colectiva (Hernández Córdoba, 2016). En un esquema de atención a las personas mayores, es importante considerar nuevos imaginarios de la edad que permitan el aprovechamiento de habilidades y experiencias distintas y que superen la idea errónea de la edad como imposibilidad física, social y psicológica de aportar a la sociedad.

Ahora bien, antes de ahondar en la problemática de la relación entre el envejecimiento y los sistemas de cuidado, consideré importante indagar en qué consiste la vejez y como ha sido asimilada en las distintas etapas sociales y particularmente en la economía actual. Para ello recopilé los estudios de Simone de Beauvoir y de Robert Redeker, ambos filósofos franceses que han dedicado sus estudios a pensar sobre la relación entre la vejez y las sociedades capitalistas y de consumo.

Beauvoir en un análisis sobre la vejez, identifica que la misma comprende las dimensiones biológica, psicológica y existencial y cuyo drama no radica, como en el resto de los animales, en el plano sexual sino en el económico, pues al depender su ciclo vital del trabajo y por lo tanto en su capacidad de producción, el envejecimiento lo convierte en una boca por alimentar siendo su situación económica absolutamente determinante para validar su funcionalidad y calidad de vida dentro de la sociedad (De Beauvoir, 1970).

Desde el punto de vista médico, el estudio sobre la vejez ha tenido un desarrollo incipiente logrando su concreción. Sin embargo, Hipócrates fue el primero en referirse a las etapas de la vida como a las cuatro estaciones del año asimilando la vejez con el invierno y señalando los primeros signos de deterioro físico que se viven con la vejez. No obstante lo anterior, que en el siglo XI, después de un casi nulo desarrollo de la medicina que Avicena, discípulo de Galeno, realizó observaciones sobre los trastornos mentales y físicos de los viejos (De Beauvoir, 1970).

No sería sino hasta 1909 que Nasher, considerado como el padre de la geriatría, hiciera su primera publicación en la materia y en 1912 fundaría la sociedad de geriatría de Nueva York, estudio que llevó posteriormente al estudio del proceso de envejecimiento conocido hoy como gerontología. El auge de estos estudios se logró una vez terminada la segunda guerra mundial incluyendo los planos biológico, psicológico y social de la vejez (Prieto Ramos, 1999).

Resulta común asimilar la vejez a una enfermedad debido al deterioro propio del cuerpo, Montesquieu señalaba al respecto “¡desventurada condición de los hombres ¡Apenas el espíritu ha llegado a su madurez el cuerpo comienza a debilitarse!”, ¿es la sociedad responsable de esta condición? ¿Cómo se ha entendido la vejez en las diferentes civilizaciones? ¿El proceso de envejecimiento se vive igual en hombres que en mujeres?

Redeker analiza la vejez desde dos puntos de vista: desde el juvenismo y desde su normal consecuencia: el gerontocidio (Redeker, 2017). Para iniciar su análisis Redeker hace una analogía de la vejez asimilándola con un pueblo: un lugar donde habita una minoría cultural, a donde nadie quiere ir y donde se habita simplemente esperando el paso a la muerte, un lugar para los residuos donde habitan quienes no tienen la capacidad para permanecer en las grandes ciudades; un pueblo de ancianatos. Este pueblo existe porque, como lo expresó Sauvy, los viejos cuestan, desequilibran los presupuestos sociales y no generan ningún aporte social.

Este lugar está hecho para lo viejo (palabra asociada a lo despreciable), lo viejo se debe ocultar o deshacerse de él. El pueblo, es construido por el juvenismo, ideología fundamentada en el economismo y en el utilitarismo que defiende la teoría de que quien no produce no es más que un parásito y que por lo tanto se enfrente a la constante pregunta de cómo deshacerse de los viejos, es decir, gobernada por lo que Redeker ha denominado el “gerontocidio”. El juvenismo, en una sociedad de consumo se convierte en un valor que impide a los viejos ser viejos y abandona a los jóvenes a una sociedad donde priman sus altos índices de desempleo (Redeker, 2017).

El gerontocidio, según el filósofo francés, tiene varias manifestaciones: en primer lugar el odio a sí mismo, la falta de aceptación total sobre la vejez y el valor que se da solo mientras se precie de mantener las virtudes de la juventud y con ello el alargamiento de la adolescencia, no del aumento de la expectativa de vida como el tiempo de la vejez, sino como la prolongación indefinida de la juventud. En segundo lugar, en la distinción entre la muerte social y la muerte biológica, el pueblo de la analogía es el lugar de la muerte social, el lugar donde se les arrincona para ser tratados como desechos por ser quienes obstruyen el porvenir de los jóvenes al ser una carga social. En tercer lugar, se identifica la eutanasia como una práctica dirigida a diezmar la población que padece sufrimiento como si este fuera una condición ajena a la humanidad (Redeker, 2017).

De manera que impacte la seguridad social, Redeker pone en relieve varias situaciones particulares bajo las cuales se está ejerciendo un gerontocidio: “la reducción de la existencia al economismo, y el exceso demográfico en relación con los estándares del bienestar económico deseado por la sociedad en su conjunto (...), la disminución de las pensiones, las barreras de acceso a los servicios médicos, las altas tarifas de los hogares geriátricos y la obligación de trabajar hasta edades avanzadas”, todas ellas prácticas tendientes a aniquilar la vejez partiendo de quienes tienen los menores recursos económicos.

No obstante lo anterior, basta con analizar las situaciones de las sociedades primitivas para darnos cuenta que la condición de los viejos hoy no es muy distinta a la que vivían

anteriormente: los ainus del Japón, debido a las difíciles condiciones del clima, tenían que abandonar a los viejos en tanto los mismos se convertían en una carga y por lo tanto eran abandonados cuando no podían contribuir a la alimentación o desarrollo de las actividades indispensables para la supervivencia. Igual situación se veía en los Yakuta y los Thonga así como en distintos pueblos nómadas donde la miseria era el factor determinante.

Por su parte, las mujeres ancianas tenían una condición de vulnerabilidad mayor: una vez pierden sus capacidades reproductivas son consideradas hechiceras y al no detentar ningún poder político eran señaladas y enviadas al olvido a pesar de que en su juventud representaran una fuerza de trabajo importante. El factor común de las sociedades para olvidar a los viejos es la ausencia de una tradición cultural y social donde la memoria de los ancianos no solamente no es apreciada sino desdeñada por concepto de utilidad en la comunidad, aspecto que en la edad media cobró mayor fuerza siendo asimiladas las mujeres viejas, en distintos relatos, a ogros y hechiceras malas y peligrosas (De Beauvoir, 1970).

Retomando los conceptos de Hernández (2016), la vejez tiene una connotación individual y una social, siendo este último parámetro bajo el cual se ha puesto de presente su problemática principalmente por las clases privilegiadas que, al no tener condiciones de miseria, puede desarrollar esquemas de aprendizaje y ritos culturales para los cuales se valoren los conocimientos y la traición que conocen los viejos. Otro elemento trascendental y que hoy se ha transformado en el “juvenismo” descrito por Redeker, era el ansia por la juventud eterna y la búsqueda de la inmortalidad, descrita por los Egipcios y los Griegos e incluso por el cristianismo, siendo predominante la juventud y la transmisión del poder de padre a hijo.

De igual forma, en una sociedad tecnocrática como la de hoy, la experiencia es poco apreciada: los conocimientos sobre lo pasado no son valorados en tanto lo que cuenta es la capacidad de innovar y la generación de nuevas tecnologías. Así, las referencias de los viejos en el progreso de las sociedades actuales son cada vez menos recurrentes, pues los viejos no pueden escribirlos y a los jóvenes no les interesa escribir al respecto. Los viejos entonces, son vistos como una carga social y entre mayor sea su condición de vulnerabilidad económica, mayor problema impone a las sociedades reinadas por los jóvenes, convirtiéndose esto en una lucha de clases y siendo imposible su reivindicación social al no poder los viejos escribir su propia historia y al no encontrar interés alguno en ello los jóvenes.

Ahora bien, refiriéndonos al envejecimiento desde un punto de vista social, este se ha convertido para la seguridad social en una lucha de clases, donde los recursos económicos indican las situaciones más o menos precarias en las que se ha de vivir la vejez. En un esquema de capitalización, donde la capacidad de realizar aportes al sistema de seguridad social es la única forma de acceder a las pensiones por vejez, solamente quienes accedieron a un trabajo asalariado durante su vida podrán garantizar condiciones medianamente dignas durante su vejez, mientras que quienes solo tuvieron empleo informal o no lograron conseguir un trabajo estable, se verán en situaciones de miseria donde el proceso de envejecimiento empeora.

En este sentido, es distinto el reto para el sistema de seguridad cuando se trata de garantizar el pago de pensiones por largo tiempo hacia personas que cumplieron los requisitos y adquirieron el derecho a la pensión, a la protección social que se debe garantizar hacia las personas que no adquirieron el derecho a la pensión y viven en condiciones de pobreza. Frente al primer punto, el análisis económico excede el objetivo del presente documento, pero en cualquiera de los dos casos, las personas requerirán de cuidados que exceden el ámbito de la salud y con recursos o sin ellos, la preocupación corresponde a los sistemas de seguridad social como garante de la salud y la calidad de vida de las personas dentro de una sociedad.

Estas preocupaciones de los sistemas de seguridad social sobre el envejecimiento poblacional ¿proviene de una veneración a la productividad? Acaso los sistemas de protección social ¿consideran a las personas como insumo y a los viejos como costos insostenibles? ¿al plantear un sistema de cuidados estamos reconociendo esta situación?

A las preguntas anteriores me atrevería a responder con un sí. Superando los conceptos ontológicos o metafísicos planteados por Redeker, basta ver titulares como “FOTOS: 20 celebridades que han envejecido mal” (Aguilera, 2015), en el cual señalan las diferencias entre las caras juveniles y productivas de actores de los años 70 y 80 con la decrepitud o fragilidad con la que se muestran actualmente, resaltando el caso de Burt Reynolds quien se presentó con bastón a sus 79 años de edad durante el comic con en Filadelfia. No hace énfasis el artículo entre la diferencia de quienes ha hecho uso de las cirugías plásticas para ocultar su edad y quienes simplemente la muestran como es, simplemente Hollywood (que se postula como modelo de vida) se niega a aceptar la vejez y la castiga como un acto negativo a que la sucumbieron personas antes exitosas.

La vida de estas personas refleja la existencia misma del resto de la humanidad: estamos hechos para producir y nuestro valor se refleja en tanto lo hagamos, por lo que una vida de pobreza no reflejará sino una vejez miserable donde la escasa posibilidad de producir se ve reducida (si no desaparecida) y por lo tanto el valor del ser humano es proporcional a su capacidad para producir. Así las cosas, en tanto la garantía de una pensión mínima dependa de la capacidad de producir, y las prestaciones mantengan la proporcionalidad entre los ingresos y las prestaciones, las personas que son pobres en su etapa productiva, aumentarán su nivel de pobreza durante la vejez.

### 1.2.1. Situación de los ancianos en Colombia

Aparte del imaginario que supone la vejez en las sociedades actuales, premisa de este trabajo y por la cual nos apartaremos de términos como “adulto mayor” o “persona de la tercera edad” (excepto en las referencias normativas), resulta importante preguntarse sobre las características de la población a la cual hay que dirigir un sistema de cuidados, por lo que se presentarán algunas cifras e indicadores relativos al envejecimiento y las situaciones de dependencia en general en Colombia.

En primer lugar, Colombia registra, para agosto de 2017, una tasa de desempleo del 9,1%. El desempleo en los hombres es del 6,9% y el de las mujeres del 12,1%, el cual es

similar que el de los jóvenes que se ubica en el 12,2%. Por su parte, la tasa de ocupados informales es del 47,7% y de las personas que se encuentran activas laboralmente es del 50,7% (DANE, 2017). Lo anterior, sumado a que más de la mitad de las personas ocupadas laboralmente realiza actividades por cuenta propia, lo cual significa empleo informal y trabajo independiente.

Realidades distintas se enfrentan en sector rural donde las personas que envejecen en el medio rural se enfrentan a menudo a obstáculos más complejos que los que se encuentran en el medio urbano. Los índices de pobreza en el medio rural duplican los de las ciudades (26% en núcleos urbanos frente a 53% en zonas rurales), de forma que uno de cada dos habitantes rurales es pobre y, de estos, uno de cada tres está en situación de indigencia. A esto se le suma que son las mujeres y la población indígena los más afectados –no en vano se habla de la “feminización de la pobreza rural”– (Organización Iberoamericana de Seguridad Social- OISS, 2014).

En efecto, mientras más del 60% de los trabajadores de altos ingresos cotiza a pensiones, este indicador se reduce al 40 % en la clase media y a tan solo un 15% en la población de bajos ingresos. A esta problemática hay que sumar que un 40% de las pensiones que se otorgan en la actualidad corresponden a regímenes especiales y no al RAIS ni al RPM, quedando por fuera de la Ley 100 (Villar, Floréz, Forero, & Puerta, 2015). Así las cosas, y teniendo en cuenta que el acto legislativo 01 de 2005 eliminó los regímenes especiales a partir del año 2014, prohibiendo de igual forma la negociación colectiva con los sindicatos de trabajadores frente a las pensiones, aparte de las pensiones de las fuerzas militares y policía, habrá una reducción significativa de las personas que logren acceder a su jubilación, aumentando así los niveles de pobreza en el país.

Por otra parte, bajo un sistema de seguridad social configurado bajo los lineamientos de un esquema contributivo, como es el caso colombiano, los bajos niveles de cobertura pensional se encuentran relacionados con los bajos niveles de cotización derivados principalmente de la informalidad laboral, por lo que los índices de cotización son abiertamente inferiores a los índices de ocupación (DANE, 2017).

Adicionalmente, las alarmantes cifras de adultos mayores que hoy no tienen acceso a una pensión, el porcentaje de personas mayores con acceso a pensión muy probablemente se reducirá: si en la actualidad no reciben pensión cerca de 3.5 millones de personas mayores, en el 2050 ese número podría acercarse a los 12 millones (FEDESARROLLO , 2017). Otro indicador de los países en vía de desarrollo, se encuentra en que más del 30 % de la población colombiana mayor de 60 años y el 7 % de la población de más de 80 aún trabaja (Cotlear, 2011).

Con respecto al envejecimiento poblacional, considero oportuno señalar tres situaciones distintas: por un lado, el cambio demográfico que ha significado al aumento de la expectativa de vida de las personas gracias al avance de la tecnología en salud y a las condiciones de vida, en segundo lugar, por el aumento de la población mayor de 60 años que modifica las dinámicas de las relaciones intergeneracionales. Por último, a la disminución de la tasa de natalidad que es lo que realmente afecta el bono demográfico

y en el que Colombia ha tenido cambios significativos a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Así las cosas, entre 1950 y 1955, la tasa global de fecundidad era de 6.8 hijos por mujer; entre el 2010 y el 2015 se redujo a alrededor de 2.3 hijos, y se espera que del 2020 al 2025 descienda por debajo del nivel de reemplazo. Por su parte, la esperanza de vida aumentó de 50.6 años en 1950-1955 a 73.9 en 2010-2015, especialmente por el descenso en la mortalidad infantil, que se redujo de 123 en 1950-1955 a 16.5 muertes por 1.000 nacidos vivos en 2010-2015 (CEPAL, 2009).

Estas modificaciones han implicado de igual forma un cambio en la conformación de los hogares, donde se ha encontrado un aumento de los hogares conformados solamente por personas mayores, siendo hoy un 5.7%, teniendo mayor incidencia en las zonas rurales, significando un reto importante para los sistemas de cuidado, especialmente en aquellos que se realizan por fuera del lugar de residencia de la persona a cuidar.

En Colombia se estima que hay 5.542.477 ancianos actualmente. 9,3 % de ellos viven solos. Pero el 72 % de esta población no puede acceder a un centro especializado en cuidados geriátricos ni a un cuidador, por lo que el 40 % de los adultos mayores tiene un perfil depresivo pues muchos tienen que soportar también pobreza extrema, violencia, maltrato y abuso. A esta problemática se le suma que en Colombia solo hay 80 geriatras para el total de la población, por lo que la atención de los ancianos tiende a recaer sobre los cuidadores (Universidad de la Sabana, 2017).

En el mismo estudio se encontró que el 74% de los adultos mayores del país no tienen acceso a una pensión, lo que aumenta su nivel de vulnerabilidad, por lo que los índices de abandono registran más de 400 adultos mayores abandonados cada año en el país, esto, sumado a los más de 1.653 casos de violencia intrafamiliar contra los adultos mayores según el registro de Instituto Nacional de Medicina Legal. Sumado a lo anterior, la misma entidad alerta la existencia de un subregistro frente al bajo nivel de denuncia que ejercen los adultos mayores principalmente por temor a represalias dentro de su contexto familiar o por temor a ser internados en un asilo. De igual forma evidenció la entidad que entre mayor es el nivel de formación de los adultos mayores, menor era el nivel de maltrato al que estaban expuestos (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, 2016).

Partiendo de lo anterior, el proceso de envejecimiento aumenta su nivel de dependencia en tanto las personas tengan menores ingresos, pues eso significa difícil acceso a medicinas, capacitación en auto cuidado y capacitación del cuidador, así como una dificultad manifiesta a esquemas saludables de nutrición, siendo una constante la obesidad acompañada de un déficit importante de los nutrientes mínimos (Cecilia, Hugo, Lydia, Bárbara , & Ximena , 2011).

Por último, pero no menos importante en el contexto colombiano, se encuentran las víctimas de la violencia en el país: 649.103 son víctimas mayores de 60 años, el 72.23% son víctimas mayores de desplazamiento forzado. Más de 319.000 Mujeres son víctimas

mayores de 60 años. El 17.67% de las personas mayores fueron víctimas directas o indirectas de homicidio. Un total de 15.487 Personas mayores víctimas pertenecen a comunidades negras afrocolombianas, raizales y palenqueras y 4.191 pertenecen a pueblos Indígenas (Fundación Saldarriaga Concha, 2017).

A las cifras anteriores hay que sumar que hoy, hay 1,4 millones de víctimas que tienen entre 40 y 59 años de edad, por lo que pronto conformarán la población mayor de 60 años, integrando este grupo de alta vulnerabilidad por las dificultades relacionadas con lograr tener un mínimo vital al haber perdido, a raíz del conflicto, las tierras, ahorros, pertenencias, así como todo el sistema de cuidados bajo el cual pensaban resguardarse durante su vejez. Muchas de estas personas llegan a la vejez sin sus redes de apoyo social y por lo tanto suman dos situaciones que aumentan su vulnerabilidad: la edad y el desplazamiento, por lo que son más vulnerables que los adultos mayores que no han sido víctimas de la violencia (Fundación Saldarriaga Concha, 2017).

La situación de los adultos mayores en Colombia se reduce entonces a pobreza, maltrato, abandono y desigualdad, por lo que generar acciones que propendan por mejorar las condiciones propias y del entorno, es una tarea urgente para evitar que las condiciones de pobreza que se avecinan, aumenten la problemática social que hoy presentamos.

### 1.2.2. Normatividad frente al adulto mayor en Colombia

De acuerdo a la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de la cual se plantean las inquietudes relacionadas con los cambios demográficos expuestos, se expone que la atención de la tercera edad debe superar las esferas del aseguramiento pensional y de protección en salud, para enfocarse en una protección social integral, que tenga como base los derechos humanos, el fortalecimiento de las capacidades personales y el afianzamiento de los núcleos básicos de afecto, apoyo y solidaridad con los que cuentan los ancianos en el país (VEJEZ, 2007).

Esta política, afianzada y adoptada mediante la Ley 1251 de 2008 "Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores", establece tanto los principios como los lineamientos generales de protección de los derechos y establecimiento de deberes para los adultos mayores en el país, incluyendo aspectos como la educación, los criterios que deben tener en cuenta las instituciones prestadoras de servicios de atención y protección integral al adulto mayor y la conformación del Consejo Nacional del Adulto Mayor.

Tanto la Política como la Ley 1251 de 2008 hacen una referencia generalizada del envejecimiento activo, definido como "el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez". En la Política se refiere que el envejecimiento activo consiste en la forma como una persona, a pesar de sus niveles de dependencia, puede seguir contribuyendo en la

sociedad en la que se encuentre. Para tal fin, dice la norma, se hace necesario modificar el imaginario sobre la vejez y crear políticas que propendan por mejorar la salud, la autonomía y el bienestar de los ancianos dentro de la comunidad en la que se ubiquen.

Atendiendo las condiciones de miseria y pobreza de los adultos mayores en condición de abandono, la Ley 1276 de 2009 establece los criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida, cuyos requisitos de habilitación fueron plasmados en la resolución 24 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social. Aunado a lo anterior, se expidió la Ley 1315 de 2009 mediante la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.

Para garantizar la atención integral de los adultos mayores en el país, se crearon algunas Categorías o Subgrupos, lo cual ayuda a que los programas se enfoquen de acuerdo a las necesidades de la población

- Personas Mayores Supra Centenarios de 105 años en adelante
- Personas Mayores Centenarios de 100 a 104 años
- Personas Mayores Nonagenarias de 90 a 99 años
- Personas Mayores Adultas, entre 70-79 años
- Personas Mayores Jóvenes, con edades entre 60 y 69 años

Más recientemente, se encuentra la Ley 1850 de 2017 “por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones”, la cual tiene como fundamento, los múltiples casos de abandono y maltrato intrafamiliar de que son objeto los ancianos en el país, lo cual incluye abandono, violencia física, violencia sexual y asesinato, entre otros. Esta ley refuerza las obligaciones de la familia en las labores de cuidado y atención a los adultos mayores, así como penaliza cualquier acto de violencia en su contra.

La normatividad anteriormente citada, nos pone de presente el reciente interés que ha tenido la defensa de los derechos de los ancianos y ancianas en la legislación colombiana, así como el carácter sancionatorio que tiene y la ausencia que existe en torno a los sistemas de cuidados más allá de su esfera institucional.

Así las cosas, el marco general de la conceptualización presentada en el presente capítulo, nos permite reconocer que las situaciones de dependencia pueden ser también una oportunidad de empoderamiento social, con acciones como la incorporación laboral de las personas en situación de discapacidad y el envejecimiento activo. De igual forma, que ambas son consideradas poblaciones de especial protección constitucional por su alto grado de vulnerabilidad, por lo que las políticas públicas que se conformen en torno a las mismas, son también de prioridad constitucional.



## 2. CONTEXTUALIZACIÓN Y COMPRENSIÓN DE LOS SISTEMAS DE CUIDADO

Según la CEPAL, los cuidados “son acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan la ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria”. Y se especifica que “la acción de cuidar implica ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria –bañarse, comer, moverse, etc”. (Ministerio de Desarrollo Social , 2014).

De igual forma se pronunció la entidad en el marco del Segundo Foro Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, indicando que el cuidado “es la acción social dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o han perdido la autonomía personal y que necesitan ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria” (CELADE, 2014)

El «trabajo» de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios y la gestión y relación con los servicios sanitarios. Cuidar también implica dar apoyo emocional y social. En definitiva, cuidar significa «encargarse de» las personas a las que se cuida (García-Calvente, Inmaculada, & Ana, 2004).

Al respecto, el Convenio 156 de la OIT sobre trabajadores con responsabilidades familiares, define a este grupo de población como “trabajadores y trabajadoras con responsabilidades hacia los hijos/as a su cargo, y con otros miembros de su familia directa que de manera evidente necesiten su cuidado o sostén, cuando tales responsabilidades limiten sus posibilidades de prepararse para la actividad económica y de ingresar, participar y progresar en ella”. Al respecto, indica el Convenio que los Estados parte deben generar medidas para evitar su discriminación en el medio laboral, permitiéndoles la alternancia entre ambas actividades con el apoyo de servicios comunitarios pertinentes.

A su vez, la Recomendación 165 de la OIT indica que se deben crear medidas para facilitar el trabajo a domicilio, la flexibilidad de horarios y la disminución de las jornadas de trabajo, así como la equiparación en beneficios para hombres y mujeres en licencias de maternidad y permisos frente a los hijos enfermos, de manera que se involucre a toda la familia en la responsabilidad de cuidado mutuo.

Otra definición, nos indica que “el cuidado se entiende como la ayuda y la asistencia proveída por una persona a quien lo requiere, e implica su intervención en las actividades diarias del solicitante, como bañarse y vestirse –actividades básicas de la vida diaria; o en las labores domésticas, como arreglar la casa y cocinar, o el apoyo en

temas de transporte y logística de actividades que sirven para facilitar el cuidado en actividades diarias –actividades instrumentales de la vida diaria–. El cuidado puede ejercerse de manera directa, cuando el cuidador interviene directamente en la acción de cuidar; o de manera indirecta, cuando supervisa el cuidado que hace un tercero. En la literatura, este tipo de cuidado se conoce como administración de cuidado (*care managing*) (Fundación Saldarriaga Concha, 2017).

Así las cosas, el cuidado abarca tanto el aspecto del cuidado personal (tanto físico como de apoyo social y emocional), como del entorno, incluyendo aspectos como el cuidado del hogar y el desarrollo de la vida en sociedad.

Ahora bien, habiendo delimitado el término de cuidado, nos cabe preguntarnos quién ejerce estas actividades. En el marco jurídico Colombiano se establecen dos posibilidades: la atención por parte de la familia o una persona natural y el establecimiento de un centro especializado que tenga por objeto social el cuidado y la atención de una persona en situación de dependencia.

En este entendido, el cuidador ha sido definido por la Corte Constitucional como “(i) (...) sujetos no profesionales en el área de la salud, (ii) en la mayoría de los casos resultan ser familiares, amigos o personas cercanas de quien se encuentra en situación de dependencia, (iii) prestan de manera prioritaria, permanente y comprometida el apoyo físico necesario para satisfacer las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de la persona dependiente, y aquellas otras necesidades derivadas de la condición de dependencia que permitan un desenvolvimiento cotidiano del afectado, y por último, (iv) brindan, con la misma constancia y compromiso, un apoyo emocional al sujeto por el que velan (Sentencia T-096 de 2016).

En igual sentido se ha manifestado la alta corporación al señalar que “el servicio de cuidador permanente o principal no es una prestación calificada que atienda directamente al restablecimiento de la salud, motivo por el cual, en principio, no tendría que ser asumida por el sistema de salud, y segundo, en concordancia con lo anterior, dicho servicio responde simplemente al principio de solidaridad que caracteriza al Estado Social de Derecho y que impone al poder público y a los particulares determinados deberes fundamentales con el fin de lograr una armonización de los derechos” (Sentencia T-154 de 2014)

La postura anterior ha sido ratificada por otras sentencias como la T- 782 de 2013 en la cual se menciona que la familia es la primera obligada, tanto moral como afectivamente para proporcionar cuidado a sus semejantes, en tanto el Estado solo sule esta obligación cuando hay una ausencia total de los medios físicos y económicos para atender las necesidades mínimas requeridas.

Así las cosas, el sistema de salud debe proveer un cuidador permanente solamente si la familia cuenta con los siguientes requisitos: (i) que efectivamente se tenga certeza médica de que el sujeto dependiente solamente requiere que una persona familiar o cercana se ocupe de brindarle de forma prioritaria y comprometida un apoyo físico y emocional en el desenvolvimiento de sus actividades básicas cotidianas, (ii) que sea una

carga soportable para los familiares próximos de aquella persona proporcionar tal cuidado, y (iii) que a la familia se le brinde un entrenamiento o una preparación previa que sirva de apoyo para el manejo de la persona dependiente, así como también un apoyo y seguimiento continuo a la labor que el cuidador realizará, con el fin de verificar constantemente la calidad y aptitud del cuidado. Prestación esta que si debe ser asumida por la EPS a la que se encuentre afiliada la persona en situación de dependencia (Sentencia T-154 de 2014).

En este sentido, ni la actividad de cuidados ni el cuidador son una obligación principal del sistema de salud, por entenderse que no prestan actividades especializadas que atiendan directamente el restablecimiento de la salud, pero sí son una obligación del Estado en el caso de que la persona no cuente con personal capacitado para prestar dichos servicios, así las cosas, la obligación trasciende a los esquemas de protección social, pues contar con los cuidados mínimos sí corresponde a la esfera de la garantía de los derechos humanos de las personas en situación de dependencia.

En cuanto el marco normativo nacional, mediante la Resolución 5521 de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social ha sido enfático en mencionar que el servicio de cuidadores no se encuentra en el Plan Obligatorio de Salud POS, esquema que compila todas las prestaciones que son cubiertas con los recursos del sistema de salud y cuya línea de argumentación ha sido avalada por la Corte Constitucional, la cual mediante sentencia T-096 de 2016, ha ratificado dicha línea indicando que los servicios de cuidador, definidos para tal efecto como “servicios humanos en calidad de asistencia” no deben ser cubiertos por el sistema de salud, correspondiendo una obligación moral a la familia y que, solo en caso de faltar esta, se podrá acudir a los servicios especiales prestados por el Estado.

Ahora bien, estas disposiciones normativas no tienen injerencia sobre la administración de la justicia, por lo que si un juez ordena a una Entidad Promotora de Salud suministrar un cuidador para un paciente determinado, esta no puede negarse so pena de desacato. No obstante, y al no ser un servicio costeadado por los sistemas de salud, mediante la Resolución 5928 de 2016 se establecen los requisitos para el reconocimiento y pago del servicio de cuidador ordenado por fallo de tutela a las entidades recobrantes, como un servicio excepcional financiado con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Con el fin de comprender mejor la organización de los servicios de cuidados en Colombia es importante diferenciar entre dos criterios distintos: los servicios médicos y los de atención y apoyo al desarrollo de actividades básicas para la supervivencia. El sistema de salud cubre exclusivamente los servicios de carácter médico como la atención domiciliaria y la atención paliativa, ambos definidos en la Resolución 6408 de 2016:

“ARTÍCULO 26. ATENCIÓN DOMICILIARIA. La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las

normas de calidad vigentes. **Esta cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud**

PARÁGRAFO. En sustitución de la hospitalización institucional, conforme a la recomendación médica, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, serán responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, sean las adecuadas según lo dispuesto en las normas vigentes”.

(...)

ARTÍCULO 68. ATENCIÓN PALIATIVA. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud contenidas en este Plan de Beneficios, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 25 del presente acto administrativo”.

Por su parte, el artículo 3 de la Resolución 5928 de 2016 indica que “se entiende por cuidador, aquella persona que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufra una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que dependa totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas; sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC por estar incluidos en el Plan de beneficios en salud cubierto por la UPC”.

Este apoyo ha sido entendido por el sistema como una prestación que no guarda relación con la salud, sino que obedece a un acompañamiento, por lo que no está incluida y corresponde solo a quienes tienen un círculo familiar o de amistad que les permite atender estas situaciones. Así las cosas, la Circular 22 de 2017, mediante la cual se busca aclarar cuándo se deben otorgar prestaciones de salud a las personas que no pueden valerse por sí mismas, se delimita nuevamente el ámbito de los cuidadores resaltando que los mismos no ejercen una actividad calificada ni que desarrollen actividades relacionadas con el restablecimiento de la salud, siendo una carga que no puede ser impuesta al sistema de salud.

Este vacío en el sistema de salud, así como la arbitrariedad de otorgar esta prestación solo a quien acceda a la administración de justicia, dejan sin soporte una prestación que cada vez va a ser más requerida principalmente por el aumento en los niveles de dependencia de las personas y los cambios en las familias que implican el desarrollo profesional de todos los integrantes de la misma, obligándolos a involucrarse en actividades laborales armonizadas con el apoyo familiar brindado.

Al analizar las primeras aproximaciones de la definición de cuidador encontramos alcances como cuidador principal, cuidador informal, cuidador primario, cuidador primario informal y cuidador principal familiar, todas ellas aproximaciones teóricas para definir a aquella persona no vinculada a una institución que asiste a otra en condición de dependencia por lazos familiares, afectivos o de amistad. Salvo la

definición de cuidador informal que menciona expresamente que dicho cuidador no tendrá remuneración, las otras definiciones no hacen referencia expresa frente a la obligación o no de remunerar los servicios prestados (Rivas Herrera, 2011).

De igual forma, las aproximaciones a la definición de cuidador, suelen centrarse en las actividades que deben desarrollar principalmente frente al cuidado requerido hacia las personas de la tercera edad, aspecto que sin duda es el que pone mayor relevancia frente al sistema de cuidados en todo el mundo por el fenómeno de envejecimiento poblacional pero que en Colombia particularmente tiene otros matices por la incidencia de la discapacidad y la accidentalidad, lo que alarga el tiempo de las necesidades de cuidado y pone en relieve la necesidad de un sistema que atienda los imprevistos derivados del cuidado requerido por una persona.

Entre las actividades principales de la cuidadora, se encuentra el apoyo, el cual es definido como el conjunto de provisiones, expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas), proporcionadas por comunidades, redes sociales y personas de confianza. En el caso de los ancianos, el apoyo por parte de las cuidadoras, ayuda a mantener la percepción, el sentido y el control, facilitando su incorporación social y mejorando su calidad de vida (Villalba, 2014).

Un sistema de cuidados debe entonces partir del reconocimiento de la discapacidad como un riesgo social en su conjunto y que por lo tanto requiere no solamente una prestación económica sino una atención integral por los riesgos psicosociales que se derivan de la atención de un familiar o de una persona con discapacidad.

Como se puede evidenciar, el problema jurídico en Colombia ha versado más sobre quién debe acudir a las prestaciones de cuidado a sobre qué prestaciones se les debe dar a quien cuida, su marco de financiamiento y las problemáticas derivadas de dejar a una persona que ejerce el rol de cuidador sin el cuidado necesario para atender sus propias contingencias.

Tampoco se ha planteado la necesidad de un sistema articulado que proteja tanto la dependencia como a los cuidadores y establezca parámetros de prestación de los servicios garantizando una prestación integral y un alcance relacionado exclusivamente con el servicio más no con la asunción de otras actividades que hoy son asignadas como el aseo del hogar y la atención a terceros que no tienen esta condición de dependencia.

Al no tener el cuidador un carácter médico sino de apoyo emocional y social, estas personas deberían ser capacitadas en el apoyo moral, la realización de terapias y sesiones de acompañamiento guiado que aseguren el cumplimiento de su rol más allá del cubrimiento de las necesidades básicas de las personas, tal como ha obligado la normatividad vigente en la materia y que busca la capacitación especial de los cuidadores para el mejor desarrollo de su labor.

Frente a esta problemática en particular, en Colombia se han presentado diversos proyectos de Ley con el fin de atender la situación tanto de las personas en situación de dependencia como de los cuidadores, con el fin de generar prestaciones que faciliten la

situación por la que atraviesan las personas. En primer lugar, el proyecto de Ley 33 de 2009, que buscaba generar prestaciones no contributivas hacia los cuidadores, que después de ser modificado varias veces terminó en el aseguramiento de una cotización contributiva al sistema de seguridad social y que finalmente no pasó el debate parlamentario correspondiente y, en segundo lugar, el proyecto de Ley 05 de 2013, que busca que las personas que tengan a su cargo el cuidado de otra persona, no puedan ser despedidos de su trabajo sin permiso del inspector del trabajo generando así una estabilidad laboral reforzada.

En este segundo proyecto, archivado por cambio de legislatura, evidentemente solo se buscaba la salvaguarda económica en tanto se define para este tipo de dependencia, de lo contrario, la atención de las necesidades básicas no estaría siendo atendida pues su supuesto cuidador está ejerciendo actividades laborales. Esta corta visión frente a la necesidad de los cuidadores y por lo tanto del sistema de cuidados, lejos de ser un aporte social para la atención de la población vulnerable, se convierte en un obstáculo laboral para quien sostiene económicamente a un familiar o tercero, pues los empleadores cuidarán de no contratar a este tipo de personas como sucede con las personas en situación de discapacidad y las mujeres en estado de embarazo.

No ha sido discutida aún la justificación que debe tener el personal médico para ordenar que el sistema de salud suministre un cuidador, así como tampoco se ha implementado desde el mismo sistema de salud un esquema de formación hacia los cuidadores, de manera que cumplan en más y mejor medida su rol frente a la protección de la familia. Esfuerzos en esta formación como los ha implementado la Universidad Nacional de Colombia, han demostrado que la formación de cuidadores implica un mayor empoderamiento del cuidador y una menor dependencia de la persona cuidada lo que redundará en el mejoramiento de la calidad de vida de los dos (Landínez Parra, 2015)

A pesar del bajo desarrollo que ha tenido para el sistema de salud los aspectos relacionados con el cuidador, el artículo 8 de la Ley 1850 de 2017, que adiciona el artículo 7 de la Ley 1251 de 2008, sí establece como objetivo de la política nacional de envejecimiento y vejez la inclusión de medidas con el fin de capacitar a los cuidadores informales con el fin de atender a sus familiares adultos mayores que se encuentren con enfermedades crónicas o enfermedad mental.

Ahora bien, otro enfoque del sistema de cuidados se encuentra en las instituciones. Hasta el momento, solo se han revisado las situaciones de cuidado por parte de las personas cercanas o familia, las cuales revisten especial importancia encontrar que los hogares donde hay una o más personas mayores constituyen el 20% del total de los hogares en el país (Pineda Duque, 2015). No obstante lo anterior, estas actividades también están a cargo de las instituciones.

Evidentemente al pensar en un sistema de cuidados no podemos centrarnos exclusivamente en la situación permanente e insuperable de la persona cuidada, sino que se debe propender por garantizar estándares mínimos de autonomía y de realización de actividades que disminuyan o no aumenten su grado de vulnerabilidad,



responsabilizándonos del bienestar de personas y el mejoramiento continuo de cada una de ellas.

Los retos están entonces en responsabilizarnos de las personas que tienen una situación de dependencia a partir de la formación integral de los cuidadores de manera que optimicen su proyecto de vida y fortalezcan los esquemas de atención para las personas en condición de dependencia, haciendo un sistema único y organizado que, a partir de un sistema no contributivo pueda reconocer los esfuerzos familiares y a partir del sistema de salud pueda prestar el servicio externo a persona que no cuenten con el vínculo familiar requerido.

### **3. EL ROL DE LA MUJER EN LOS SISTEMAS DE CUIDADO EN COLOMBIA**

La perspectiva de género ha sido definida por instrumentos internacionales como “El proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad [sustantiva] entre los géneros”. (United Nations, 2002).

Al indagar sobre la formación de la familia y por lo tanto sobre los cuidados que requieren las personas mayores (teniendo en cuenta que en Colombia el 48,2% de los mayores de 75 años quedan sin ingresos de ningún tipo y por lo tanto dependiente de la familia), un estudio realizado en el país indica que quienes se dedican principalmente al cuidado son mujeres pobres que no participan en el mercado laboral, trabajadoras asalariadas en las ocupaciones de menores niveles salariales, las trabajadoras dependientes del servicio doméstico (Pineda Duque, 2015).

Según los datos del DANE, para el trimestre móvil marzo- mayo de 2017, del total de la población en edad de trabajar, el 35,7% se encontraba inactiva, de los cuales los hombres representan un 25,4% mientras que para las mujeres implica un 45,6%. De dicho porcentaje, las mujeres que manifestaron dedicarse a actividades del hogar alcanzaba un 58,5% mientras que en los hombres era tan solo un 7,7% (DANE, 2017).

Otra variable a tener en cuenta en el marco de los nuevos contextos sociales y familiares, tiene que ver con la conformación de los hogares: en el periodo comprendido entre 1999 y 2010, se percibió una disminución de los hogares biparentales a la vez que un aumento significativo de los hogares con jefatura femenina, los hogares nucleares sin hijos y los hogares unipersonales. Estos cambios reflejan situaciones ya descritas como el empoderamiento de la mujer, la disminución de la tasa de fecundidad y el envejecimiento poblacional, este último más importante si se señala que los hogares con personas en situación de dependencia y los hogares conformados por uno o dos adultos mayores también ha tenido un aumento significativo (Ullmann, Valera, & Rico, 2014).

Para el caso colombiano, el porcentaje de hogares unipersonales con ancianos pasó de un 1.7 % a un 3.3 % a escala nacional siendo mayor su prevalencia en las zonas urbanas que en las rurales (Fundación Saldarriaga Concha, 2017). Este fenómeno se presenta extraño cuando se piensa que la co-residencia puede ser una respuesta para afrontar los costos de la vejez y las necesidades de atención. En este sentido, en situaciones de alta



dependencia, los hogares y centros de atención suelen ser la respuesta en la medida en que la capacidad de auto- cuidado se va reduciendo (Celade, 2009).

Teniendo en cuenta estas proporciones y partiendo de que en el 20% de los hogares colombianos hay reside un adulto mayor, es posible concluir que más de un millón trescientas mil mujeres se encuentran dedicadas a cuidar a una persona en el país, esto sin contar la crianza de los hijos y nietos y la atención de las situaciones de dependencia que se pueden generar antes de la vejez.

No resultaría entonces coherente pensar un sistema de cuidados sin un enfoque de género, es decir, sin un enfoque que piense en las necesidades propias de las mujeres y las articule con el medio laboral, social, familiar y emocional que les rodea y del cual resultan sistemáticamente excluidas, por lo que en el presente trabajo, busco ahondar sobre la situación en particular y los lineamientos que en general deben ser impartidos por una política pública al respecto.

Una característica general de las mujeres encargadas del cuidado, es la precariedad en los ingresos, que, al tener personas a cargo, resulta más gravoso aumentando así los niveles de pobreza y por lo tanto de precariedad en los ingresos, situación que, aunada a una reivindicación histórica por la participación de la mujer en los espacios laborales, ha generado una crisis en los sistemas de cuidados ejercidos tradicionalmente por las mujeres. Así las cosas, el aumento del número de personas en situación de dependencia y la incursión de las mujeres al mercado laboral (sin que ello implique que no sigan desarrollando actividades de cuidados), ha hecho visible la labor que suele recargarse a las mujeres sin retribución: la economía del cuidado (García-Calvente, Inmaculada, & Ana, 2004).

Tal ha sido la importancia de las mujeres en el trabajo de cuidado, que el nudo de la problemática actual consiste en la incorporación de las mujeres en el mercado laboral remunerado, por lo que, ante la ausencia de esquemas que permitan su reemplazo, se ha generado una cultura del abandono o de la sobrecarga de las actividades que desarrollan las mujeres (CELADE, 2014).

Este incremento en la incorporación al mercado laboral por parte de las mujeres, ha sido explicado por fenómenos como el mayor acceso a sistemas educativos, una apertura gradual (aún con logros por alcanzar) del mercado laboral hacia la mujer, las reivindicaciones sociales y políticas y el aumento de los hogares monoparentales con jefatura femenina, que la convierte en la única fuente de ingresos en su hogar. No obstante lo anterior, el trabajo doméstico, una de las actividades con menor representación económica, sigue siendo en su mayoría ejercido por mujeres, por lo que al división sexual del trabajo sigue siendo una constante marcada en las sociedades latinoamericanas. Así las cosas, esta mayor incorporación laboral de la mujer no ha venido acompañada de modificaciones en la forma como reparten las actividades domésticas y de cuidado en el hogar, persistiendo las pautas patriarcales y haciendo necesaria la generación de políticas que fomenten la corresponsabilidad familiar y ayuden a disminuir los niveles de pobreza y desigualdad en los que se encuentran aún las mujeres (Ullmann, Valera, & Rico, 2014).

Así las cosas, las mujeres que hoy son responsables del cuidado y que viven en condiciones de precariedad económica, tendrán una vejez con mayores riesgos económicos al no contar con las cotizaciones necesarias para acceder a una pensión. En este sentido, y teniendo en cuenta la mayor expectativa de vida de las mujeres, se deben prever igualmente condiciones dignas que garanticen la atención de quienes ejercieron actividades de cuidado y para quienes una situación de dependencia puede ser más gravosa (Torres Arreola & Villagrán, 2015).

Para la medición de la participación de la mujer en la economía del cuidado, se expidió la Ley 1413 de 2010, “por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales, con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas”, a partir de la cual el DANE, se encuentra aquel denominado como la economía del cuidado, el cual comprende la producción, distribución, intercambio y consumo de los servicios de cuidado. Estas estadísticas permiten visibilizar la relación entre la Economía del cuidado y el resto de la economía, observando la distribución de tiempos, trabajos, consumos e ingresos utilizados en una y otra. Entre las conclusiones del estudio realizado, se encontró que las mujeres tienen una jornada de trabajo en promedio de 10 horas superior a la de los hombres, completando más de 69 horas a la semana (DANE, 2017).

A la situación de cuidado informal antes descrita, se suma la del cuidado formal o institucionalizado, regulado en Colombia por la Ley 1315 de 2009, y que hoy suma más de 700 centros solamente en la capital, Bogotá. En dichos centros, entre privados y públicos, los cuidados son una actividad altamente feminizada: 85,2% del personal son mujeres, especialmente en las actividades relacionadas con cuidados básicos y cuidados, devengando en su mayoría salarios iguales o inferiores al mínimo con turnos aproximados de 12 horas (Pineda Duque, 2015).

Al referirnos a los cuidados, debemos dar un alcance determinado que permita inferir cual es el rol y alcance de la actividad que se va a desarrollar para proteger a la persona que está en estado de indefensión, pero mientras no se proponga y se desarrolle una política integral que atienda el trabajo de cuidados, la desigualdad de género seguirá profundizándose especialmente en los sectores más vulnerables de la población y arraigándose en los hogares de clase media que no cuentan con recursos para acceder a servicios privados, implicando ello una desmejora en la calidad de vida de las mujeres, que, atendiendo a la dinámica del envejecimiento poblacional, se verán más expuestas a sistemas de discriminación y exclusión tanto de los mercados laborales como del sistema de seguridad social (Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay, 2014). De igual forma, conservar el imaginario de que las mujeres son responsables de los cuidados, contribuye a que estas sigan consiguiendo empleos con jornadas flexibles y por lo tanto mal remunerados, con el fin de hacer compatibles el trabajo de cuidados con el trabajo remunerado.

Así las cosas, la problemática de los sistemas de cuidado reside en dos variables: la capacidad económica de las personas y sus familias, que, de contar con los recursos, les

permite acceder a sistemas de cuidados realizados por un tercero y de no contar con los recursos implica que las familiares se hagan cargo y la segunda variable que tiene que ver con quién realiza esas actividades de cuidado, las cuales se suelen asignar a una mujer (tanto en el esquema remunerado como en el que no lo es).

Estos cuidados, que implican la realización de actividades materiales que van desde la atención de las necesidades básicas hasta el mantenimiento del entorno, como de actividades inmateriales como la generación y transmisión de afecto han sido actividades encomendadas a las mujeres tanto en sus modalidades formales (remuneradas) como informales (no remuneradas). En el primer caso, si bien se escapa del objeto de estudio por ser actividades que, por su naturaleza laboral, deben contar con la protección de seguridad social, sí es importante visibilizar la pobreza de las mujeres en torno al menosprecio económico que tienen estas actividades (Espino & Salvador, 2013).

Teniendo en cuenta las premisas anteriores, resulta relevante pensar el sistema de cuidados a partir del reconocimiento de que su implementación en Colombia, es lo único que permitiría garantizar mejores condiciones de vida de las mujeres, disminuyendo así la inequidad social y fomentando el cuidado como base de la economía formal.

En este sentido, el fortalecimiento de la protección social no contributiva, puede constituir un primer paso para la consolidación de un sistema de cuidados en Colombia.

### **3.1. Marco normativo de la mujer en Colombia**

Desde el plano normativo, quisiera hacer una referencia a todas las normas y esfuerzos que en esta materia se han iniciado en Colombia desde mediados de los años setenta. Los movimientos sociales de mujeres basados en el feminismo, planearon una relación distinta con el Estado, expresada en la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer (México, 1975). En dicha conferencia se trazó el Primer Plan de Acción Mundial, y se recomendó a los gobiernos la formulación de políticas para concretar la igualdad entre hombres y mujeres. En 1979 la ONU aprobó la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, suscrita entre otros países por Colombia. En el contexto nacional la suscripción a esta convención, permitió la formulación de la Ley 051 de 1981 y más tarde la Ley 1257 de 2008.

A partir de los años ochenta, la OEA recomendó la creación de organismos destinados a las mujeres. Como respuesta a esta recomendación, en Colombia el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), definió la Política Nacional para la Mujer Campesina (1984) y se impulsó la creación de la ANMUCIC (Asociación Nacional de Mujeres Campesinas e Indígenas de Colombia).

En la Segunda Conferencia Mundial de la Mujer (Copenhague, 1980), se aprobó el Programa de Acción para la segunda mitad del decenio. Luego se llevó a cabo la Tercera Conferencia Mundial de la Mujer (Nairobi, 1985), donde se presentó un

informe en el cual se relacionaban pocos avances sobre lo propuesto en la década anterior. Esta situación generó el documento Estrategias orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer hasta el año 2000. En 1993 la ONU aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), reconoció los derechos reproductivos como derechos humanos universales y planeó que el desarrollo humano sostenible era imposible sin la participación de las mujeres.

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, (Beijing, 1995), se propuso la eliminación de los obstáculos para la participación política, el acceso a la educación y la salud, y de las condiciones que mantiene las situaciones de violencia. Particularmente, y que impacta en el sistema de cuidados, se tuvo como objetivo emitir lineamientos para la conciliación entre las responsabilidades familiares y laborales entre los hombres y las mujeres “En Colombia se han firmado los acuerdos derivados de estas convenciones internacionales, pero su aplicación concreta ha tardado décadas enteras. Tal es el caso de la Convención contra toda forma de Discriminación hacia la Mujer”. Desde 1984 hasta 1998, el gobierno colombiano promulgó y aprobado varias políticas para las mujeres<sup>1</sup>, lo cual evidencia la incorporación conceptual de las conferencias, convenciones y declaraciones mundiales en el ámbito nacional.

Para tal fin se creó la Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia (1990), y organismos regionales, para diagnosticar la situación de las mujeres y promover su participación. Posteriormente se creó la Dirección Nacional de Equidad y la Política de Equidad y Participación para las Mujeres (1995). A nivel regional se destaca el Consenso de Quito de 2007, en el cual se destaca el aporte del trabajo no remunerado al bienestar familiar y por lo tanto al desarrollo de los países. Todas estas iniciativas, tenían dificultades presupuestales lo cual hacía más difícil la ejecución de los programas orientados a las mujeres.

La poca efectividad de este tipo de políticas y de esfuerzos normativos, en la inclusión de la mujer en las esferas públicas y de mercado laboral, nos obligan a pensar la incorporación de sistemas que, especialmente desde la seguridad social, recreen un sistema incluyente que parta de la comprensión de las necesidades de las mujeres. Es necesario entonces aterrizar las políticas públicas generales al sistema de protección social que involucre al sector privado así como la inyección de recursos suficientes para concretar las alternativas que en este sentido se brinden (OIT, 2009). Cuando nos referimos a los cuidados, el rostro es de mujer y por ello el sistema que se cree debe fundamentarse en dicha perspectiva.

A nivel nacional se destaca la Ley 82 de 1993 "Por la cual se expiden normas para apoyar de manera especial a la mujer cabeza de familia", siendo definida como toda aquella mujer que tiene a su cargo económica y socialmente a personas en situación de dependencia y en cuyo artículo 4 se menciona que se deben incorporar normas que

---

<sup>1</sup>Política para la Mujer Rural (1984), Política Integral para las Mujeres Colombianas (1992), Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud (1992), Política para el Desarrollo de la Mujer Rural (1993), y Política de Equidad y Participación para las Mujeres (1994)

propendan por la inclusión de estas mujeres al sistema de seguridad social. En sentido similar se encuentra la Ley 823 de 2003 "Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres" y que propende por la inclusión de las mujeres al sistema de seguridad social a los regímenes subsidiados de seguridad social (quedando evidentemente desprotegidas del sistema de pensiones).

En otro sentido, normas como la Ley 1257 de 2008 "por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres", sí han generado un impacto positivo en materia de generación de acciones y políticas públicas diferenciadas para las mujeres que propendan por su inclusión social. En materia de seguridad social, impone obligaciones al sistema de salud para la protección de las mujeres víctimas de la violencia. Actualmente el Gobierno Nacional se encuentra adelantando la Política Pública Nacional de Equidad de género para las Mujeres y el Plan Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias, cuyos lineamientos integran el análisis sobre las dificultades de acceso de las mujeres al sistema de seguridad social, principalmente por las brechas salariales y la baja incorporación al mercado laboral.

En materia propiamente de cuidados, no existe en la normatividad vigente una referencia expresa a la atención prevalente que debe tener la mujer, sin embargo, sí se cuenta con esquemas de reconocimiento de ser cabeza de familia y la obligación de emprender políticas públicas que permitan su inclusión al sistema de seguridad social.



#### **4. LAS PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS Y SU ROL DENTRO DE LOS SISTEMAS DE CUIDADOS- ENFOQUE DENTRO DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL**

*“Mi hermano Romelio Artemio, él vive enfermo, solo, por sus años no puede trabajar, ya tiene 83 años, el sufre de la cintura, del estómago, tiene, un golpe en el hombro que no lo deja mover, ese golpe lo sufrió hace como un año y medio, no tiene esposa ni hijos, vive solo en la casa que está ubicada ahí al lado de la carretera del sector de Fátima del corregimiento de Gualmatán, me toca obligatoriamente yo [sic] me toca primeramente darle pagando los servicios de agua, catastro, luz, porque lo he encontrado con los recibos alcanzado, cuando mi hermano era joven trabajó en la agricultura bajo la responsabilidad de mis papaces, esa fue nuestra costumbre, de mi familia somos tres hermanos pero yo no más le ayudo, desde muy jóvenes éramos los dos. Otra cosa que con mis niñas, con mis hijas tengo que mandarlo a visitar con la alimentación porque en el día de hoy no tiene las cosas para el poder hacer algún almuerzo y comidita a pesar de eso yo siempre le llevo las cosas para la cocina, para cuando yo o mi familia no puede irlo a visitar, nosotros vivimos a una o dos cuadras de donde él, eso me hace tenerle compasión porque lo veo mayor, escaso de oídos, de vista y como él ha manifestado en sus declaraciones y escritos sus condiciones de vida son difíciles para sustentarse él sus días de vida, yo también cuento con recursos escasos, el campo es trabajoso para adquirir dinero y a más de eso tengo a mi familia y tengo que sostenerla y me alcanza para ayudarlos con los servicios y algo de alimentación, también tiene que tomar medicamentos va al puesto de salud del corregimiento que directamente no le hace bien porque la enfermedad de él es superior para las formulas que le da la doctora, los remedios y tengo que comprarle otras drogas que son caras, porque él sufre de unas ampollas en su cuerpo, eso sí estoy muy de acuerdo con la visita de usted doctora para que le conste que estoy manifestando la verdad y que mi hermano también manifiesta la verdad, quisiera manifestarme de esta forma y quiero solicitar ante este y ante cualquier entidad que pueda intervenir que le den una solución a mi hermano porque las condiciones de él son graves, por eso espero de cualquier entidad una pronta solución de este subsidio que él tenía y le servía para el sustento de las cosas de la cocina y para comprar algo de droga, esa droga es cara, el subsidio se lo quietaron hace un año, a él se lo dieron porque le reconocieron los años y su enfermedad que tenía más que eso [sic] que el señor Corregidor lo visitó a su casa y vio que era necesario colaborarle (...) desde que le quietaron el subsidio le dio nervios y se enfermó más, él tiene una enfermedad en el cuerpo y se agravó una enfermedad de la piel y tuve que colaborarle dejando de cumplir en mi hogar como padre de familia, tengo cinco hijos, dos nietos y mi esposa, todos ellos estudiando, mi familia me colabora con las laborales del campo, a eso nos dedicamos, pero también tienen que estudiar y también me ayuda mi esposa”.*

Declaración juramentada del hermano de un tutelante en diligencia practicada el día 14 de marzo de 2013. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-207 de 2013.

Situaciones como el envejecimiento poblacional y a los altos índices de dependencia, conlleva a un incremento en la demanda de servicios de prevención, rehabilitación y tratamientos paliativos y de atención a enfermedades crónicas (Consejo Económico y Social, 2000). Estos servicios requieren, tanto un fortalecimiento de los servicios

sanitarios y la generación de facilidades que disminuyan las barreras de acceso al sistema de salud, como la asignación de los recursos que aseguren el mantenimiento de las condiciones mínimas de vida.

En este sentido, la Declaración de Filadelfia (1944) relativa a los fines de la OIT, señala que corresponde a los sistemas de seguridad social emprender acciones en la lucha contra la pobreza y la pobreza extrema y en particular, corresponde a la OIT fomentar programas que garanticen los ingresos básicos a la población y la prestación de la asistencia médica completa. Así las cosas, y teniendo en cuenta que según el Informe Mundial Sobre la Protección Social 2014-2015, más del 70% de la población mundial carece de una protección social adecuada, es que esta entidad expidió la Recomendación 202 de 2012 sobre los pisos de protección social, la cual da los lineamientos a los Estados para que incluyan las garantías básicas que asegurarán una atención en salud esencial y una seguridad básica en el ingreso que garanticen el acceso básico a bienes y servicios para una adecuada calidad de vida de las personas, a través de las siguientes líneas básicas:

- 1. acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que constituyen la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad;*
- 2. seguridad básica del ingreso para los niños, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios;*
- 3. seguridad básica del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez, y;*
- 4. seguridad básica del ingreso para las personas de edad, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional.*

Por último, la Recomendación establece estrategias para la expansión de programas, recordando que la progresividad es un principio esencial de la seguridad social que ordena generar medidas que amplíen la cobertura, mejoren la calidad y aseguren el acceso a nuevos bienes y servicios presumiéndose inconstitucional cualquier medida que resulte regresiva en la protección de derechos en la materia.

Por su parte, la recomendación 67 avanza en materia de protección social al abarcar el concepto de “estado de necesidad” y la obligación que tienen los Estados de asegurar protección para evitar caer en la pobreza y la pobreza extrema de la población. Si bien las recomendaciones van dirigidas a garantizar prestaciones económicas ante la pérdida de capacidad de quien normalmente tiene ingresos, también plantea la asistencia social a grupos que quedan desprotegidos como las personas con tratamiento médico en curso que no tienen los medios para pagarlo, quienes tienen hijos a cargo. Los huérfanos y las viudas, acercándose con ello a las prestaciones propias del Sistema de Protección Social

y excediendo el marco de prestaciones establecidas en los instrumentos hasta ahora citados.

Al no estar ratificado el Convenio 102 de la OIT en Colombia y no ser obligatorias las recomendaciones que en materia de pisos de protección social ha establecido la OIT, las prestaciones económicas en sistemas no contributivos, no han tenido desarrollo alguno en Colombia, excepto por algunas prestaciones asistenciales a ancianos en condición de indigencia y frente a los cuales, es posible plantear una expansión para los sistemas de cuidados, sin olvidar que uno de los retos que implica la implementación de un sistema de cuidados es sin duda su financiación.

Como lo pudimos analizar en líneas anteriores, los cuidados han sido tratados en Colombia, como prestaciones de carácter asistencial y solidario que, al no guardar relación con atención médica, no hace parte del sistema de seguridad social en salud y, al no ser remunerado, no genera la obligación de generar aportes al sistema de pensiones, quedando desprotegida la persona que ejerce el rol de cuidadora.

Sin lugar a dudas, al ser la actividad de cuidadora una tarea no remunerada por un esquema empresarial o estatal, su protección no podría equipararse a la de las prestaciones contributivas de la seguridad social, sino que tendría que hacerse en el marco de las prestaciones no contributivas y asistenciales, lo que pone en relieve la necesidad del financiamiento y la sostenibilidad económica.

No obstante lo anterior, los sistemas de cuidado no pueden limitarse a una prestación económica, sino que debe garantizarse, a título de riesgo social, una atención integral que asegure el bienestar psicosocial y de proyección familiar y social de la cuidadora.

La pregunta de fondo que considero debe plantearse en un trabajo final, versa es sobre por qué los cuidados deben ser una prestación dentro del sistema de protección social y no deben entenderse más como una obligación de tipo moral por parte de la familia que no merece mayor atención del Estado que la atención de una persona en condición de debilidad manifiesta.

Un sistema de cuidados, dentro de un sistema de protección social, deberá ceñirse a los principios de solidaridad, equidad, eficiencia e integralidad tan caros a los sistemas de protección social en la región, por lo que el debate de fondo no puede estrecharse en los conceptos económicos o de prestación asistencial, sino que debe abarcar la atención integral de los riesgos sociales tanto del cuidador como de la persona que es objeto de cuidado.

#### ***4.1. Prestaciones no contributivas en el sistema de seguridad social colombiano***

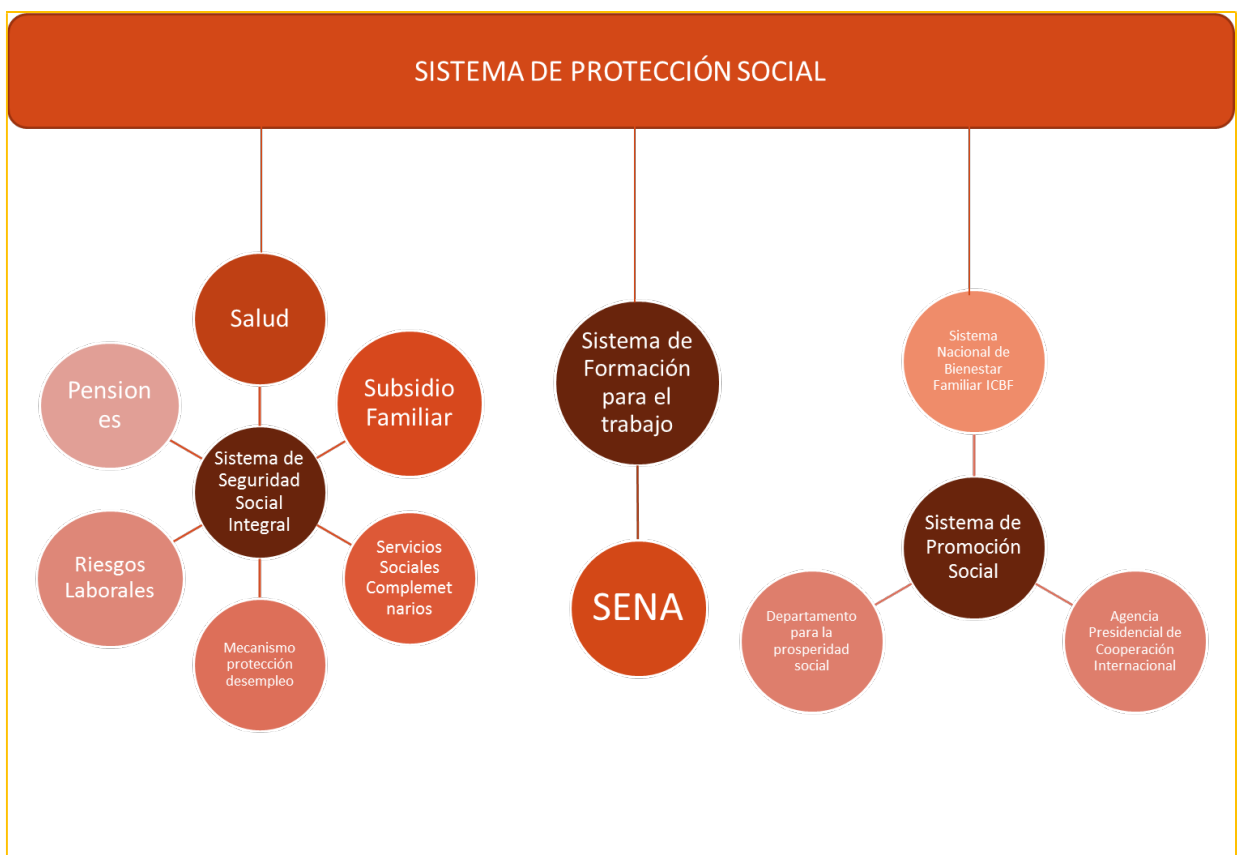
Con el fin de lograr un análisis articulado sobre la cobertura en las prestaciones no contributivas, es importante recapitular cuales son las prestaciones que en este sentido tiene el sistema colombiano. Por otra parte es importante definir qué se entiende por



cobertura para analizar no solo su suficiencia sino su pertinencia para lograr el impacto requerido en las sociedades a las cuales se dirige.

Así las cosas, en cuanto a las prestaciones, las mismas tuvieron un importante avance articulado a partir de la expedición de la Ley 789 de 2002 la cual define el sistema de protección social como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo:

1. El derecho a la **Salud**: a través de programas enfocados a permitir que los colombianos puedan acceder en condiciones de calidad y oportunidad, a los servicios básicos.
2. El derecho a la **pensión**: con el objetivo de crear un sistema viable que garantice unos ingresos aceptables a los presentes y futuros pensionados.
3. El derecho al **trabajo**: creando condiciones para que los trabajadores puedan asumir las nuevas formas de trabajo, organización y jornada laboral y simultáneamente se socialicen los riesgos que implican los cambios económicos y sociales. Para esto, el sistema debe asegurar nuevas destrezas a sus ciudadanos para que puedan afrontar una economía dinámica según la demanda del nuevo mercado de trabajo bajo un panorama razonable de crecimiento.



En materia de prestaciones no contributivas se destacan las prestaciones dentro del sistema de salud en el régimen subsidiado, las prestaciones de los servicios sociales

complementarios (donde se encuentran los Beneficios Económicos Periódicos) y el Departamento de la prosperidad social donde se han centrado los mayores aportes para la población más pobre del país.

En virtud de los principios de solidaridad y de respeto a la dignidad humana, las personas en estado de pobreza extrema son sujetos de especial protección por la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran. Esta situación adopta una mayor relevancia constitucional y una doble necesidad de protección en aquellos casos en donde el individuo es además una persona en situación de dependencia. En estos casos el Estado tiene la obligación de adoptar medidas de diferenciación que estén encaminadas a garantizar intereses superiores como el mínimo vital, la vida digna, la igualdad, entre otros, de ese sector de la población.

La población de adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, ha sido una preocupación creciente del Sistema de Seguridad Social colombiano: a partir de la expedición de la Ley 797 de 2003, se aumentaron de manera significativa estos recursos, a través de programas de carácter asistencialista, cuyas prestaciones, en su monto, apenas supera la línea de la pobreza (Fundación Saldarriaga Concha, 2017).

Así las cosas, si bien la financiación de los programas encaminados a las personas en situación de indigencia, se encontraba tanto en el presupuesto nacional como en las contribuciones solidarias de la población con más altos ingresos, este programa fue reemplazado, en 2010, por el programa Colombia Mayor, el cual contempla tanto prestaciones económicas como servicios sociales básicos que proveen los Centros de Bienestar del Adulto Mayor y los Centros Diurnos (Colombia Mayor, 2013).

En virtud de tal mandato, la Ley 100 de 1993 consagró unos “servicios sociales complementarios”, los cuales tienen como objetivo proteger a las personas de la tercera edad que se encuentran desamparadas, que no cuentan con una pensión o viven en la indigencia o en extrema pobreza (Muñoz Segura, 2011), y a partir de los cuales se ordena la creación de un Programa de Protección Social del Adulto Mayor que en principio le fue asignado a la Red de Seguridad Social y autoriza a las entidades territoriales para que creen y financien con cargo a sus propios recursos planes de subsidio al desempleo. No obstante, con la expedición de la Ley 797 de 2003 se modificó la naturaleza del Fondo de Solidaridad Pensional que había sido creado por la Ley 100 para subsidiar los aportes de pensiones de ciertos trabajadores, y se creó una Subcuenta de Subsistencia a la cual le fue asignada la protección de los ancianos pobres. Ahora bien, teniendo en cuenta que la misma ley había facultado al Gobierno Nacional para reglamentar lo concerniente al Fondo de Solidaridad Pensional, así como los programas de protección al adulto mayor, fue expedido el Decreto 3771 de 2007 mediante el cual se reguló definitivamente la forma en la cual estos servicios debían ser prestados.

Así las cosas, las prestaciones de los sistemas sociales complementarios son los siguientes:

#### 4.1.1. Fondo de Solidaridad Pensional

Es una cuenta especial de la Nación sin personería jurídica, adscrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, cuyos recursos son administrados en fiducia por las sociedades fiduciarias de naturaleza pública, y preferencialmente por las sociedades fiduciarias del sector social solidario, o por las administradoras de fondos de pensiones y/o cesantía del sector social solidario.

Tiene por objeto ampliar la cobertura mediante un subsidio a las cotizaciones para pensiones de los grupos de población que por sus características y condiciones socioeconómicas no tienen acceso a los sistemas de seguridad social, así como el otorgamiento de subsidios económicos para la protección de las personas en estado de indigencia o de pobreza extrema.

##### 4.1.1.1. Subcuentas y programas del Fondo de Solidaridad Pensional

	<b>Subcuenta de Solidaridad</b>	<b>Subcuenta de Subsistencia</b>
<b>Objetivo</b>	Subsidia los aportes al Sistema General de Pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural y urbano que carezcan de suficientes recursos para efectuar la totalidad del aporte.	Protege a los adultos mayores en estado de indigencia o de pobreza extrema, mediante un subsidio económico.
<b>Programa</b>	Programa del Subsidio al Aporte en Pensión	Programa de Solidaridad con el Adulto Mayor
<b>Subsidio</b>	Subsidia una parte del total del aporte, estando obligado el beneficiario a cancelar oportunamente la porción del aporte que le corresponde.	Se otorgan subsidios económicos, que varían de acuerdo a los municipios. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subsidio económico directo: Son recursos que se giran directamente a los beneficiarios a través de la red bancaria, entidades contratadas para este fin o tesorerías municipales.</li> <li>• Subsidio económico indirecto: Son recursos que se otorgan en Servicios Sociales Básicos, a través de Centros de Bienestar del Adulto Mayor y centros Diurnos. Comprende alimentación, alojamiento y salubridad, medicamentos o ayudas técnicas, prótesis u órtesis no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS- de acuerdo con el régimen aplicable al</li> </ul>



		<p>beneficiario, ni financiadas con otras fuentes. Podrá comprender medicamentos o ayudas técnicas incluidas en el POS, cuando el beneficiario del programa no esté afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>
<p><b>Requisitos para ser beneficiario</b></p>	<p>Ser mayor de 35 y menor de 55 años si se encuentra afiliado a COLPENSIONES o menor de 58 años si se encuentra afiliado a los fondos de pensiones, siempre y cuando no tenga un capital suficiente para financiar una pensión mínima. Contar con doscientas cincuenta (250) semanas como mínimo, previas al otorgamiento del subsidio, independientemente del régimen al que pertenezca.</p> <p>Ser mayor de 55 años, estar afiliado a COLPENSIONES y contar con quinientas (500) semanas como mínimo, previas al otorgamiento del subsidio.</p> <p>Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Cumplir con los requisitos específicos previstos para cada uno de los grupos de población</p>	<p>Para ser beneficiario de este subsidio económico se necesita cumplir los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ser colombiano.</li> <li>2. Tener mínimo tres años menos de la edad que se requiere para pensionarse por vejez (54 años para mujeres y 59 para hombres)..</li> <li>3. Estar clasificado en los niveles 1 ó 2 del SISBEN y carecer de rentas o ingresos suficientes para subsistir. Se trata de personas que se encuentran en una de estas condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viven solas y su ingreso mensual no supera medio salario mínimo legal mensual vigente</li> <li>• Viven en la calle y de la caridad pública</li> <li>• Viven con la familia y el ingreso familiar es inferior o igual al salario mínimo legal mensual vigente</li> <li>• Residen en un Centro de Bienestar del Adulto Mayor; o asisten como usuario a un Centro Diurno.</li> </ul> </li> <li>4. Haber residido durante los últimos diez (10) años en el territorio nacional.</li> </ol>
<p><b>Origen de los recursos</b></p>	<p>a) El cincuenta por ciento (50%) de la cotización adicional del 1% sobre la base de cotización, a cargo de los afiliados al sistema general de pensiones cuya base de cotización sea igual o superior a cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes;</p> <p>b) Los recursos que aporten las entidades territoriales para planes de extensión de cobertura en sus</p>	<p>a) Los afiliados con ingreso igual o superior a 16 salarios mínimos mensuales legales vigentes, tendrán un aporte adicional sobre su ingreso base de cotización, así: de 16 a 17 smlmv de un 0.2%, de 17 a 18 smlmv de un 0.4%, de 18 a 19 smlmv de un 0.6%, de 19 a 20 smlmv de un 0.8% y superiores a 20 smlmv de 1% destinado exclusivamente a la subcuenta de</p>



	<p>respectivos territorios, o de agremiaciones o federaciones para sus afiliados;</p> <p>c) Las donaciones que reciba, los rendimientos financieros de sus recursos, y en general los demás recursos que reciba a cualquier título, y</p> <p>d) Las multas impuestas a las Administradoras de Fondos de Pensiones por los defectos respecto de los niveles adecuados de patrimonio y cuando el monto correspondiente a la Reserva de Estabilización sea inferior al mínimo establecido, así como aquellas impuestas a cualquier persona natural o jurídica que impida o atente en cualquier forma contra el derecho del trabajador a su afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral.</p> <p>e) Cuando los recursos que se asignan a la subcuenta de solidaridad no sean suficientes para atender los subsidios que hayan sido otorgados, se destinará el porcentaje adicional que sea necesario de la cotización del uno por ciento que deben realizar quienes tengan ingresos iguales o superiores a cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales.</p>	<p>subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.</p> <p>b) El cincuenta (50%) de la cotización adicional del 1% sobre la base de cotización, a cargo de los afiliados al sistema general de pensiones cuya base de cotización sea igual o superior a cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes;</p> <p>c) Los aportes del presupuesto nacional. Estos no podrán ser inferiores a los recaudados anualmente por los conceptos enumerados en los literales a) y b) anteriores, y se liquidarán con base en lo reportado por el fondo en la vigencia del año inmediatamente anterior, actualizados con base en la variación del índice de precios al consumidor, certificado por el DANE;</p> <p>d) Los pensionados que devenguen una mesada superior a diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes y hasta veinte (20) contribuirán para el Fondo de Solidaridad Pensional para la subcuenta de subsistencia en un 1%, y los que devenguen más de veinte (20) salarios mínimos contribuirán en un 2% para la misma cuenta.</p>
--	--	--

\* El subsidio económico varía en los Municipios

#### 4.1.1.2. Cobertura

A continuación y con el fin de exponer la situación actual de los beneficios otorgados por este medio a las personas de la tercera edad en el país, transcribo las siguientes cifras expuestas por la Fundación Saldarriaga Concha en la misión Colombia Envejece:

“Los cupos asignados representan en promedio el 9 % de la población por debajo de la línea de pobreza a escala nacional. Los beneficiarios en las áreas urbanas representan el 77% del total, y el restante 23% está en las zonas rurales, lo que muestra que la

cobertura es ligeramente más alta en estas últimas (la distribución por área de los adultos mayores es del 78% en las zonas urbanas y del 22% en las rurales).

Por su parte, los beneficiarios de las principales ciudades (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena) representan un 11 % del total, pese a que el 34 % de las personas mayores habitan en estas ciudades. En cambio, un 89 % de los beneficiarios vive en el resto del país, donde se concentran las mayores tasas de pobreza. Al caracterizar por sexo, se encuentra que el 56 % de las personas mayores beneficiarias de Colombia Mayor son mujeres y el restante 44 % son hombres, lo que indica que la población femenina recibe algo más de atención en el programa con respecto a la participación que tiene en el grupo de personas de 60 años o más (54 % frente a 46 % de hombres).

La mayoría de los beneficiarios pertenecen a los grupos de edad entre 71 y 80 años (41.4 %) y de mayores de 80 años (20.6 %). En contraste, aunque la participación de la población entre 61 y 70 años entre las personas mayores de 60 es del 56.2 %, su participación en el programa Colombia Mayor es de solo un 35%. Esto muestra que el Programa se concentra en las personas de más edad, entre las que se encuentran las más vulnerables y la incidencia de la pobreza es mayor” (Villar, Floréz, Forero, & Puerta, 2015).

Con el cambio de gobierno, especialmente para el segundo periodo de Juan Manuel Santos que implicó la generación de acciones populistas para la implementación de los acuerdos de paz negociados en La Habana con la ex guerrilla de las FARC, se incrementaron las cifras de beneficiarios duplicando su cobertura para el 2018 (Ministerio del Trabajo, 2017). Sin embargo, al no haber aumento en los recursos destinados al mismo, el bajo monto de las prestaciones se redujo aún más.

Las cifras anteriores, reflejan la capacidad del programa para atender de manera exclusiva las situaciones de extrema pobreza, que se ubica principalmente en las mujeres y por ello gozan de mayores subsidios, a los ancianos de más edad sin considerar otras condiciones de dependencia como la discapacidad. De igual forma, demuestra la precariedad de los recursos destinados a estos programas

#### **4.2. Beneficios Económicos Periódicos**

Luego de varias disquisiciones en torno a la problemática de asegurar a la población no cotizante, o de aquella que devengaba ingresos por montos inferiores al salario mínimo, permeadas en su mayoría por las decisiones de la Corte Constitucional manifestó que “el derecho a un mínimo vital, derecho a la subsistencia, es consecuencia directa de los principios de dignidad humana y de Estado Social de Derecho que definen la organización política, social y económica justa acogida como meta por el pueblo de Colombia en su Constitución” (Sentencia T-426 de 1992).

En tal sentido, la política pública debe estar encaminada a resolver una de las problemáticas de las personas de bajos recursos que por su nivel de ingresos no cumplen

los requisitos para obtener una pensión, especialmente aquella población adulta mayor de 65 años de edad, que se encuentra desamparada. En este sentido se expidió el Acto Legislativo (modificatorio de la Constitución) 01 de 2005, el cual, adicionando el artículo 48 constitucional estableció “Conceder beneficios económicos periódicos inferiores al salario mínimo, a personas de escasos recursos que no cumplan con las condiciones requeridas para tener derecho a una pensión”.

Este postulado tuvo desarrollos normativos posteriores como el Plan Nacional de Desarrollo, el cual establecía para el Estado la obligación de garantizar los mínimos vitales y avanzar en el fortalecimiento de las capacidades de la población en pobreza extrema para su efectiva inclusión social y productiva (Sistema de Promoción Social), en los que se debe brindar complementos al ingreso como estrategia para incentivar la formación de capital humano y la movilidad social de la población más pobre y vulnerable, promoviendo para ello el uso de los beneficios económicos periódicos (Beps) y fomentar la cultura del ahorro para la vejez, buscando mecanismos eficaces de vinculación y recaudo a la medida para tener un mayor número de beneficiarios, en particular para el sector agropecuario (Departamento Nacional de Planeación, 2012).

Así las cosas, y con el fin de atender la grave situación por la que atraviesan los adultos mayores en el país, y debido a la urgencia de articular todos los subsistemas de la seguridad social, se propició una iniciativa para otorgar una prestación económica de protección a la vejez acorde con los ingresos de las personas, que fomentara el ahorro a pequeña escala y, que por no otorgar prestaciones mínimas no podía articularse a partir del sistema de pensiones.

Beps es un Mecanismo que permite ahorrar de manera individual, independiente, autónoma y voluntaria, con el fin de asegurar una protección para la vejez de la población más vulnerable (niveles I y II del SISBEN). Sus condiciones generales son las siguientes:

<b>Requisitos de ingreso</b>		Para ingresar al programa se requiere ser ciudadano colombiano y pertenecer a los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN y solicitar el ingreso ante Colpensiones quien tendrá un plazo de 10 días hábiles para aceptar o rechazar tal solicitud.
<b>Aportes</b>		Los aportes se contemplan como voluntarios y flexibles tanto en su cuantía como en su periodicidad sin que excedan un valor de 885.000 pesos anuales durante la vigencia del año en curso sin perjuicio de que el ente administrador pueda establecer aportes mínimos.
<b>Modalidades y condiciones</b>	y	Como mecanismo de incentivo al ahorro de las personas de más escasos recursos, los BEPS plantean un incentivo periódico que otorgará el Estado a cada beneficio el cual corresponderá al 20% del ahorro realizado por el beneficiario el cual se estimará dentro del mes de enero de cada año. Igualmente el Decreto 604 de 2013 plantea la posibilidad de un incentivo puntual que consistente en el acceso a la compra de microseguros que



	<p>garanticen la prestación de manera permanente y mantengan el poder adquisitivo de la prestación, bajo la condición de que la persona haya realizado aportes de por lo menos (6) SMDLV.</p>
<b>Requisitos para ser beneficiario</b>	<p>Se es beneficiario si se han cumplido 55 años de edad en el caso de las mujeres y 60 años en el caso de los hombres, edad que será aumentada en 2 años después del 2014. Igualmente establece que solo podrán ser beneficiarios quienes no cuenten con los recursos para acceder a una pensión mínima y que el ahorro sea inferior al mínimo establecido por el sistema de pensiones.</p>
<b>Destinación de los recursos</b>	<p>Como mecanismo de ahorro y garantía para la vejez, el Decreto establece que una vez las personas cumplen con los requisitos para ser beneficiarias, pueden contratar con una compañía de seguros el pago mensual con base en sus ahorros sin que supere el 85% de un SMMLV y en caso de que se supere este porcentaje los valores serán devueltos al ahorrador. Igualmente el beneficiario puede solicitar la devolución del total de la suma ahorrada, el pago total o parcial de un inmueble o el traslado al sistema de pensiones sin que ello genere doble subsidio para el Estado.</p>
<b>Administración</b>	<p>La administración corresponde a Colpensiones quien es el responsable de vincular a las personas, hacer el recaudo, el diseño del modelo operativo y el suministro y difusión de la información de este mecanismo. Es de anotar que los costos de administración serán cubiertos por el Presupuesto General de la Nación por lo que los usuarios no tienen que pagar cuota alguna.</p> <p><i>Para afiliados a COLPENSIONES</i></p> <p>Se puede utilizar los recursos ahorrados en BEPS y sus rendimientos, para completar el número de semanas mínimas requeridas y acceder a su pensión; en este evento tendrá derecho al 20% del incentivo periódico.</p> <p>Si se cumple con las semanas mínimas requeridas para obtener la pensión de vejez, podrá destinar las sumas ahorradas en BEPS y sus rendimientos para incrementar el monto de su pensión. En este evento, no obtendrá el 20% del incentivo periódico.</p> <p><i>Para afiliados a fondos privados de pensiones</i></p> <p>Si adquiere el derecho a la Garantía de Pensión Mínima, se le devolverán los recursos ahorrados en BEPS con sus</p>



	<p>rendimientos, sin el incentivo periódico del 20% entregado por el Gobierno Nacional.</p> <p>Puede utilizar los recursos ahorrados en BEPS y sus rendimientos, para completar el número de semanas mínimas requeridas y acceder a su pensión a través de la Garantía de Pensión Mínima; en este evento no obtendrá el incentivo periódico del 20%.</p>
<b>Incentivos</b>	<p>El reconocimiento de un subsidio económico equivalente al 20% adicional sobre los ahorros que tenga el afiliado al mecanismo. Además de este beneficio económico, el beneficiario puede acceder a incentivos puntuales como el microseguro por invalidez y muerte cuyo valor asegurado es hasta 10 veces el monto ahorrado (sin exceder el tope de ahorro).</p>

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, este programa implica un avance en la protección a futuro de la población más vulnerable a la vez que la seguridad social empieza a ampliarse hacia las realidades del mercado y no a transformarlas como requeriría un Estado fuerte y capaz de brindar prestaciones asociadas con los riesgos que quiere precisamente prevenir.

Ahora bien, dando análisis a los planteamientos de Beveridge y a la Declaración de Filadelfia, la seguridad social resulta imposible sin una política de pleno empleo como medio para la liberación de la necesidad (Ruezga Barba, 2016), por lo que el programa Beps, al migrar del sistema de pensiones atendiendo a la crisis actual del empleo hacia un sistema de servicios sociales complementarios fundamentado más en el reconocimiento de la precariedad del empleo, se aparta de los fundamentos mismos de la seguridad social como mecanismo de progreso social y se inserta en la asistencia social como obligación de un Estado benefactor para atender una situación particular apartándose del principio de progresividad y atendiendo las necesidades inmediatas y precarias de la población beneficiaria.

Las prestaciones no contributivas, se postulan entonces como un mecanismo de apoyo y soporte económico para las personas con menores recursos económicos, siendo potencialmente las que generen incentivos en otras áreas de la economía como la salud, el consumo de alimentos y los elementos del hogar. Aunque el desarrollo en Colombia ha sido incipiente, y la generación de acciones a favor de la población con menores recursos económicos obedecen en gran parte a objetivos electorales, la construcción de esquemas a largo plazo, que partan del reconocimiento del trabajo de la cuidadora, puede fomentar la capacitación y el bienestar de las familias, sosteniendo así gran parte de la economía.

Por ahora, contamos con un sistema que tiene prioridad hacia los ancianos sin los recursos económicos mínimos, aspecto que puede convertirse en una ventaja para visibilizar las necesidades de las personas que ejercen sobre los mismos el trabajo de cuidado.

Analizaremos entonces cuál ha sido el rol de estos esquemas no contributivos en los países que cuentan con un sistema de cuidados, tomando en cada uno los lineamientos que debería tener la implementación de dicho sistema en Colombia.

## **5. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE CUIDADOS EN COLOMBIA**

La construcción de un sistema de cuidados es, después de lo analizado, la forma de concretar un sistema de protección que asegure la calidad de vida de las cuidadoras y de las personas en situación de dependencia, en tanto permitirá una mayor dedicación, articulación con la incursión al mercado laboral formal y visibilización de la economía del cuidado. Desarrollar un sistema de cuidados es entonces una obligación de los Estados en la lucha contra la pobreza y en el aseguramiento de los pisos de protección social.

A pesar de su importancia, son pocos los ejemplos que a nivel Iberoamericano encontramos, pero en los cuales evidenciaremos el comportamiento y debilidades que presentan en el marco de la atención a las personas en situación de dependencia, especialmente desde su capacidad para responder a los requerimientos que impone actualmente el enfoque de género. No obstante lo anterior, los estudiaremos conforme a su estructura y evaluaciones de impacto que haya tenido. Posteriormente analizaremos la naturaleza del derecho a los cuidados que se ha estructurado por parte de la Corte Constitucional para por último proponer las directrices generales sobre las cuales debería formarse un sistema de cuidados en Colombia.

### ***5.1. Modelos de sistemas de cuidados en Iberoamérica: experiencias desde un enfoque de género***

Consecuencia de situaciones como en progresivo envejecimiento poblacional y las situaciones de discapacidad, los niveles de dependencia van a aumentar de manera progresiva, convirtiéndose en un asunto de política pública prioritaria. Esta situación implicará necesariamente la expansión de sistemas que procuren el cuidado integral de esta población, por lo que los sistemas de seguridad social deberán ampliarse hacia la generación de mecanismos de atención que incluyan a las familias y a la sociedad en general en su implementación.

En primer lugar quisiera destacar esfuerzos como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada en

Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) el 15 de junio de 2015, en el Cuadragésimo Quinto Período Ordinario de Sesiones, la cual propende por la garantía de la calidad de vida de las personas durante todo su proceso de desarrollo y hasta su vejez, garantizando la autonomía, la seguridad y la integración social (OEA, 2015).

Este instrumento se fundamenta en los siguientes principios: : (I) La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, (II) La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo, (III) La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor, (IV) La igualdad y no discriminación, (V) La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad (VI) El bienestar y cuidado, (VII) El buen trato y la atención preferencial, especialmente (VIII) La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su desarrollo (Cardona Arce, 2017).

A pesar de la importancia que representa para la garantía de la calidad de vida y la defensa de los derechos fundamentales de los adultos mayores, esta convención sólo ha sido ratificada por Argentina, Chile, Bolivia, Costa Rica y Uruguay, por lo que Colombia aún no hace parte de la misma y en este sentido las obligaciones que emanan de la misma no son vinculantes para el país.

En el artículo 12 de dicha convención se señala: “**La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados** que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía” (negrilla fuera del texto original).

En este sentido, el instrumento anteriormente citado, establece el sistema integral de cuidados como un derecho de las personas mayores y que incluye tanto servicios propios del sistema de salud, como prestaciones integradas de nutrición, vivienda y vestuario que resultan fundamentales para asegurar los derechos de la población en situación de dependencia. Así, de ratificar Colombia la Convención, debe implementar un sistema de cuidados que integre estos derechos y garantice los derechos de los adultos mayores, integrando su familia y el entorno social que le es propio.

Entre los países con mayor índice de envejecimiento poblacional en Iberoamérica se encuentran Cuba, Uruguay y España, por lo que han sido los que más avances significativos han tenido en la implementación de los sistemas de cuidado y por lo tanto constituirán los modelos sobre los que buscaremos los lineamientos que debería atender el sistema colombiano.

Resulta en todo caso importante destacar programas como el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios en Argentina y el Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores en Brasil. Para el caso argentino, se promovió un programa de capacitación y formalización de cuidadores tanto para adultos mayores como para personas en

situación de discapacidad, buscando extender por el mayor tiempo posible la permanencia de la persona en su hogar. El programa se enfoca en la capacitación del cuidador y en el registro que se cree sobre las personas idóneas para cumplir este rol (CEPAL, 2012). Por su parte, el Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores en Brasil, tiene un enfoque de capacitación y sensibilización dirigido a las cuidadoras, buscando con ello prevenir las situaciones de maltrato y abandono a las que están expuestas las personas mayores, así como brindar capacitación y ofrecer el currículo de las personas formadas como cuidadoras (Gobierno Federal (Brasil), 2017).

Por otra parte, la experiencia de España se remonta a la expedición de la Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) de 1982 y el Plan Gerontológico, apropiados de manera desigual por los servicios sociales autonómicos y sin que se considerara como un derecho para las personas. Posteriormente se expidió la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) la cual integra en sus principios el reconocimiento del derecho subjetivo de la ciudadanía, un nivel mínimo de protección; la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y la gestión mixta (Montero Langué, 2017).

Esta Ley constituye un completo reconocimiento de las situaciones de dependencia, tanto para los sujetos que la requieren, como para aquellos que prestan los servicios de cuidados. La exposición de motivos soporta la necesidad de esta norma en la política pública así como sustenta los compromisos que se requieren para su puesta en marcha.

La norma se estructura de la siguiente manera: (i) Disposiciones generales: objeto, definiciones y principios, titulares del derecho y expresión de sus derechos y obligaciones (ii) El sistema: configuración, finalidad, niveles de protección, autoridades y esquemas de participación entre los distintos actores (iii) régimen de prestaciones y servicios (iii) valoración de la dependencia y titulares del derecho (iv) financiación y calidad (v) régimen sancionatorio y de control.

Su estructura compleja pero amplia, permitió un vasto desarrollo reglamentario así como la conformación de entidades responsables de su garantía y el emprendimiento de acciones de revisión posterior de la misma norma.

Este avance en el sistema español, en cuanto al reconocimiento del derecho, implica un avance que replica la progresividad del sistema siendo imposible posteriormente expedir normas que impliquen una regresividad en este reconocimiento. De igual forma, la gestión dirigida tanto a la persona sujeto de cuidados como a la cuidadora, garantiza una atención integral reconociendo las realidades sobre las cuales se presentan las situaciones de dependencia. No obstante lo anterior, los recortes en los presupuestos públicos en la provisión de servicios sociales, generaron desde el 2012 un proceso de relentización y demolición progresiva del programa que ha impedido la incursión de nuevos beneficiarios, ha generado una rebaja de la intensidad y de las cuantías, un aumento de las aportaciones de los usuarios y una reducción de la financiación pública, generando retrasos en la aplicación de la ley y en la percepción de las cantidades adecuadas (Montero Langué, 2017).

En materia del impacto de género, la norma no establece disposiciones particulares como prestaciones diferenciadas para hombres y mujeres, a pesar de que en su fundamentación sí reconoce que la mayoría de las personas que ejecutan las actividades de cuidado son mujeres. Sin embargo, sí indica que se debe incluir un enfoque de género en su implementación así como se incluirá esta perspectiva en la evaluación de impacto de la norma. En esta materia una de las críticas que se han hecho es que ha perpetuado los roles de género y no ha permitido la incursión laboral de las mujeres (Pazos Morán & Medialdea, 2016).

En el mismo sentido, otros autores han señalado que se perpetúa la labor de cuidadora ya que el 94% de las altas en el convenio especial de cuidadores corresponde a las mujeres, lo que supone un retroceso en la igualdad de oportunidades (Ramírez Navarro, 2011), sin embargo, esta situación creo que es más un reflejo de la realidad, pues la mayoría de las personas que ejercen las actividades de cuidado son mujeres, que un retroceso en la inclusión laboral. Por el contrario, hasta el 2012 la implementación de esta disposición permitía la inclusión a seguridad social, mejorando así la calidad de vida de las mujeres que en cualquier caso ejercían el trabajo del cuidado.

La actual crisis del sistema de cuidados español nos plantea entonces inquietudes sobre cómo generar un sistema sostenible que sea defendible a largo plazo y que tenga una menor incidencia sobre el gasto público. Para el caso de Colombia, el hecho de configurarlo como un derecho de la seguridad social, ya garantizaría una imposibilidad de regresividad, por lo que las normas que intenten recortar los logros alcanzados no entrarían en vigencia en el ordenamiento jurídico del país.

Por su parte en Uruguay se expidió la Ley 19353 de 2015 a través de la cual se crea el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, y que se estructura de la siguiente manera: (i) objeto, definiciones y principios (ii) titulares de los derechos y declaración de los derechos y obligaciones que les asisten en virtud de dicha normatividad (iii) objetivos, integrantes y estructura del sistema de cuidados (iv) Disposiciones finales y reglamentación.

Para su implementación, se elaboró el Plan Nacional de Cuidados 2016-2020, el cual ha iniciado actividades como evaluaciones censales, habilitación de centros de atención y que se enfoca en tres aspectos principales: la atención de la infancia, adultos mayores y personas en situación de dependencia alta o moderada. Para la protección de la primera infancia se ampliaron los centros de atención a niños y niñas permitiendo a sus padres continuar con sus actividades laborales. Para los adultos mayores se encuentran previstas medidas como centros de atención permanentes o por días, así como la provisión de un cuidador debidamente capacitado hasta por un límite de horas a la semana. Por último, para las personas en situación de discapacidad, se prevé la provisión de cuidadores o los servicios de teleasistencia en los casos de discapacidad moderada.

Con respecto al enfoque de género, los esfuerzos hasta el momento se han centrado en las actividades desplegadas por INMUJERES (Instituto Nacional de las Mujeres), el

cual ha liderado el desafío de generar una transformación cultural en la distribución de roles entre hombres y mujeres en materia de cuidado. El esfuerzo en este momento se centra en hallar un censo real sobre la situación de los cuidados así como la reconceptualización de la economía del cuidado (Junta Nacional de Cuidados , 2016).

Como se pudo evidenciar, la preocupación por quién va a ejercer las actividades de cuidados frente al envejecimiento poblacional que se vive en Iberoamérica es una constante que ha generado acciones concretas en países como España, Argentina, Brasil y Uruguay y que sin duda empezará un proceso de implementación paulatina especialmente para los países firmantes de la Convención.

Si bien la implementación de un sistema de cuidados es un avance innegable en todos los países, experiencias como la española nos impone retos para pensar un sistema que sea sostenible y cuya evaluación se plantee a partir de una inversión y no de un gasto social. De igual manera, permear los sistemas de cuidado de las alternancias políticas es una actividad prioritaria para brindar seguridad jurídica y garantía de derechos adquiridos para la promoción social y no un asistencialismo inestable que puede ser rápidamente sustituido por prebendas en época de elecciones.

## **5.2. *Naturaleza de los servicios de cuidadora por parte del sistema de seguridad social en salud. Una construcción a partir de los fallos de la Corte Constitucional***

En primer lugar, considero pertinente analizar la naturaleza del derecho ¿tener un cuidador cuando la familia no está presente es un derecho fundamental o una prestación de la seguridad social? al ser el cuidado un deber de solidaridad ¿cuenta con fundamento legal y constitucional asegurar un sistema de cuidados? ¿un sistema de cuidados debe hacer parte del sistema de seguridad social o deber concebirse desde un esquema alterno de asistencia social? ¿deben los privados contribuir con los costos que implica la implementación de un sistema de cuidados?

Frente a la naturaleza del derecho, vimos en la normatividad colombiana que se trata de un deber de solidaridad, por lo tanto ni es un trabajo, ni es una obligación estatal de acuerdo a lo expuesto por el sistema de seguridad social. No obstante lo anterior, la Corte Constitucional ha expuesto algunos casos en que ha obligado al sistema de seguridad social en salud a proveer un cuidador.

Mediante sentencias, de tutela, en que la Corte tiene la oportunidad de examinar casos reales y otorgar una decisión que tiene efectos *inter partes* e *inter pares*, ha evaluado diversas situaciones en las cuales los accionantes requieren que el sistema de salud otorgue un cuidador permanente, debido a la imposibilidad de la familia de acudir a estas responsabilidades.

La sentencia hito o fundadora de línea en esta materia fue la T- 154 de 2014, en la cual se analizan dos casos de personas que solicitaron ante la EPS la provisión del servicio de cuidador al manifestar que no podían asumirlo por sí mismas. En ambos casos, las

accionantes son mujeres, responsables del cuidado y que manifiestan no contar con los recursos necesarios para atender a sus familiares. En uno de los casos la prestación fue concedida y en el segundo no; el criterio de la Corte se expuso bajo los siguientes parámetros:

- El cuidador, al prestar servicios no especializados y que no guardan relación con la rehabilitación en salud, no requieren ser prestados por profesionales y por lo tanto escapan de las prestaciones del sistema de seguridad social en salud.
- Es deber de la familia atender a los familiares que se encuentren en situación de dependencia, o proveer los recursos para que un tercero los preste.
- Corresponde al sistema de seguridad social en salud brindar capacitación al cuidador que se haga responsable de la salud de las personas.
- Los familiares de las personas en situación de dependencia que demuestren que ni ellas, ni la persona a cuidar cuentan con los medios suficientes para atender las condiciones particulares en las que se encuentren. De ser una carga que no es soportable para los familiares, corresponde al Estado atender este deber de solidaridad.

Si bien criterios similares habían sido adoptados en sentencias como la T-867 de 2008, T-685 de 2012 y T-782 de 2013, es la anteriormente reseñada la que consolida los criterios bajo los cuales se debe o no otorgar la prestación. Particularmente cobra importancia al ser la única sentencia que niega la prestación en uno de los casos, al encontrar la Corte que la persona en situación de dependencia contaba con una pensión de más de 4 salarios mínimos y servicio de empleada doméstica que podía apoyar los servicios de cuidados. Así las cosas, la Corte no desconoce la importancia del cuidador ni releva al sistema de salud de brindar capacitación a quien apoye esta labor, lo que condiciona son los casos en los que el Estado debe acudir a atender estas necesidades de manera completa.

En la sentencia T-867 de 2008, fundadora de línea, al ser la primera en referirse expresamente a la prestación de los servicios de cuidador, se enfoca en las necesidades de las personas en situación de dependencia. En dicho fallo se estudia el caso de un hombre (único accionante hombre de todas las sentencias proferidas por la Alta Corporación), responsable del cuidado de su sobrino que sufría de esquizofrenia y quien solicita que el mismo sea internado toda vez que tiene episodios de agresividad que ponen en riesgo su vida, máxime teniendo en cuenta que el cuidador cuenta con 77 años de edad.

En este caso, recordando la Corte la línea construida en torno a la internación de personas con enfermedades mentales, como indicó en las sentencias T-209 de 1999, T-646 de 2007, T-851 de 1999 y T-398 de 2000, en las cuales analizó diversos casos de personas con enfermedades mentales cuyas cuidadoras solicitaban la internación de sus familiares ante la imposibilidad de brindarles la atención que requerían y por el riesgo que corrían en el entorno familiar por no contar con los medios para atender las consecuencias de las enfermedades mentales.

En todos los fallos señalados la Corte indicó que era responsabilidad, tanto de las instituciones de beneficencia como de las EPS (empresas prestadoras de servicios de salud) asegurar la atención de las personas, mediante el internamiento de las mismas, sin que ello implicara relegar a la familia de su labor de cuidado y atención constante.

No obstante en la sentencia estudiada (T-867 de 2008), es la primera vez que la Corte no delega las actividades de cuidado a una clínica psiquiátrica, sino que ordena la evaluación integral de las condiciones de salud de la persona en situación de dependencia, así como indica claramente que serán estas entidades las que, de no considerar necesaria la reclusión de la persona, deberían capacitar a su cuidador para atender las condiciones particulares que le permitieran asegurar la vida tanto suya como de la persona a cuidar.

Esta concepción sobre la capacitación del cuidador, supone por primera vez el reconocimiento acerca de la importancia de la atención familiar más allá del contexto institucional sobre el que se había construido el concepto de cuidados, así como las necesidades de conocimiento que deben tener las personas responsables del cuidado.

Otra postura que se adelantó en el mismo tiempo, fue la de la integralidad de los servicios de salud, lo que supone que, al brindarse un servicio de salud, el mismo debe incluir todas aquellas prestaciones que sean necesarias para asegurar la rehabilitación integral. Así las cosas, en sentencias como la T-136 de 2004, T-159 de 2006, T-662 de 2006, T-730 de 2007, T-536 de 2007 y T-421 de 2007, se ha entendido que si bien los cuidados no hacen parte del sistema de salud, sí hacen parte de los esquemas que garantizan una protección integral y optimizan los resultados que se pretenden desde el sistema de seguridad social en salud:

*“Al respecto ha dicho la Corte que ‘(...) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”*

Otra connotación que ha sido importante desde los sistemas de cuidados, ha sido la evaluación sobre el rol de la familia, pues si bien en numerosos fallos se ha ordenado la provisión de un cuidador por parte del sistema de salud, hay una línea bastante consolidada en priorizar la atención de la familia y en asignarle actividades particulares incluso cuando se concede la internación del familiar o el cuidador lo provee el sistema de salud. Sentencias como la T-804 de 1998, T-730 de 2010, T-220 de 2016, T-208 de 2017 y T-414 de 2016, han establecido que:



*“Ciertamente es que en principio, la atención y protección de los enfermos son responsabilidades que emanan del principio de autoconservación y se atribuyen en primer término al propio afectado. Si esto no acontece, se esperaría que por su naturaleza estos deberes surgieran de manera espontánea en el seno del núcleo familiar, respaldados siempre en los lazos de afecto que unen a sus miembros. Pero de no ser así, y con el propósito de guardar la integridad del ordenamiento jurídico y social, es posible recurrir al poder estatal. La Corte ha dicho que la defensa de los valores supremos del ordenamiento obliga al Estado a intervenir -dentro del marco institucional-, para proteger a las personas en su dignidad humana y exigir la solidaridad social cuando ella sea indispensable para garantizar derechos fundamentales como la vida y la salud”*

Esta línea sustenta entonces que el deber de solidaridad es tanto una obligación familiar, como un principio del sistema de seguridad social, por lo que la sociedad y el Estado deben acudir cuando las personas se encuentran en total estado de indefensión, situación que debe ser acreditada antes de conceder el servicio de cuidador.

Ahora bien, teniendo en cuenta que los fallos anteriores obedecen a acciones de tutela y que la normatividad vigente del sistema de salud, tiene expresamente excluido el servicio de cuidador, solamente acceden a esta prestación las personas que interponen una acción judicial y la misma es concedida, de lo contrario, y por vías ordinarias, ninguna persona tiene acceso a estas prestaciones.

En este sentido, la atención por parte de un cuidador, tiene como fuente el principio de solidaridad que se predica tanto de la familia como de la sociedad y del Estado y que hace parte de los fundamentos del sistema de seguridad social. Partiendo de esta concepción, constituye una obligación para quien tenga los medios de proveerlo: así, si la familia cuenta con los recursos humanos, económicos, físicos y afectivos para proveer un cuidador a una persona en situación de dependencia, no debe acudir el Estado.

Un sistema de cuidados en Colombia, partiendo de esta construcción jurisprudencial, constituiría un derecho dirigido a las personas en situación de dependencia cuyos familiares no pueden proveer el cuidado suficiente que les asegure condiciones de vida digna. La provisión de estos cuidados, se ha provisto a partir del sistema de salud, fundamentado en la construcción del principio de integralidad.

### **5.3. Postulados de un Sistema de cuidados en Colombia**

Partiendo de la conceptualización y experiencias internacionales, así como desde los lineamientos que diversas entidades han emitido en la materia, quisiera retomar los avances que en materia constitucional se han logrado en torno a los cuidados, con el fin de esgrimir los principales elementos de un sistema de cuidados en Colombia.

En materia de política pública la primera inquietud que se genera es: ¿cuál es el bien jurídico protegido? En este caso debemos mencionar que es el derecho a la salud y el derecho a la vida en condiciones dignas. Frente a los sujetos jurídicos protegidos, vale mencionar que es en primer lugar la persona en situación de dependencia por ser un sujeto de especial vulnerabilidad y, que en aras de garantizar su cuidado integral, se debe igualmente garantizar la calidad de vida de quien ejerce las actividades de cuidado, velando igualmente por las personas que, en ejercicio de su deber de solidaridad, brindan el apoyo tanto físico como emocional en la ejecución de las actividades de la vida diaria de quienes son más vulnerables socialmente.

En este sentido, un sistema de cuidados es una política pública que busca la protección integral de las personas en situación de dependencia, a través de la provisión de cuidados integrales que le aseguren la atención tanto en las necesidades físicas y materiales como en aquellas sociales e inmateriales. Si bien no se trata de servicios de carácter estrictamente médico, en virtud del principio de integralidad en salud, consagrado en el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, corresponde a un deber del sistema de seguridad social y que comprende tanto las labores de capacitación e integración del cuidador, como la protección social integral de las personas en situación de dependencia que no cuenten con los recursos necesarios para proveer estos servicios de manera independiente.

Si bien los cuidados no tienen carácter de derecho fundamental ni hacen parte *per se* del sistema de seguridad social en salud, como bien lo evidenciamos en la normatividad vigente, los mismos sí se vuelven fundamentales cuando las personas no cuentan con los recursos ni financieros ni familiares y por lo tanto corresponde al Estado y a la sociedad concurrir en su deber de solidaridad.

La solidaridad ha sido expresada como uno de los principios más caros al sistema de seguridad social y en virtud de la misma se han incorporado los servicios sociales complementarios como parte del sistema de seguridad social y, como se pudo evidenciar, ha tenido un aumento progresivo en materia de protección a un mayor número de personas, incrementando así su visibilidad social y generando prestaciones para un mayor número de personas.

Junto con este desarrollo normativo, se encuentra la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que si bien no ha sido aún ratificada por Colombia, se perfila como uno de los parámetros que se han de seguir en pro de la progresividad que imponen los sistemas de seguridad social, aspecto que cobra más fuerza teniendo en cuenta el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental autónomo a partir de la Ley 1751 de 2015. Otro fundamento internacional se encuentra en Convenio 156 de la OIT en materia de cuidados y la obligación de los estados frente a las personas en situación de dependencia y sus cuidadoras.

No es entonces potestativo definir si se debe o no implementar un sistema de cuidados, es un deber Estatal de protección que debe velar por la defensa de los derechos de las personas con mayores niveles de indefensión y que corresponde igualmente a la previsibilidad que se debe tener con las situaciones que a futuro pueden impactar las

dinámicas del mercado laboral y la necesidad de servicios sociales en una población determinada. Recordemos igualmente la Ley estatutaria en materia de discapacidad así como la Ley 1850 de 2017 frente a la protección debida al adulto mayor, ambas relacionadas con la importancia del cuidador en el proceso de protección a la población vulnerable.

En el marco de estas obligaciones, corresponde al Estado colombiano emprender una política pública que busque la protección y cuidado integral de las personas en situación de dependencia, así como asegure las condiciones mínimas de seguridad social e ingresos para las personas que realizan las actividades de cuidado, partiendo del reconocimiento de que su ejecución ha correspondido históricamente a las mujeres.

Un primer paso para la elaboración de esta política es actualizar la información que actualmente se tiene de las personas en condición de dependencia (personas en situación de discapacidad y adultos mayores), frente a los cuales también es importante clasificar los niveles de dependencia con el fin de generar acciones proporcionales a las necesidades de las comunidades.

Con respecto a las situaciones de discapacidad, si bien en Colombia se creó el Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad, este no cuenta con cifras actualizadas. De igual manera el Censo nacional data del año 2005, por lo que la información que se tiene actualmente no podría servir de sustento para crear un sistema sólido (Discapacidad Colombia, 2017), pero su conformación podría tener como finalidad inicial actualizar estas cifras teniendo en cuenta el nivel de SISBÉN de la persona e identificar de igual forma la situación del cuidador de acuerdo al grado de dependencia que se tenga.

Similar situación se tiene frente a los adultos mayores, donde se cuenta con información actualizada a 2005 y cifras proyectadas a 2020. Apenas dos años más de proyección no nos pueden soportar una política pública de largo plazo, por lo que el primer paso para la implementación consiste en actualizar el número de personas mayores, medir sus niveles de dependencia (actuales y proyectados) y validar la información diferenciada por sexo, apoyo familiar o institucional con el que cuenten y nivel de ingresos personales y familiares.

Adicional a esta información, es importante que el Estado sistematice en un solo sistema de información, el número de hogares geriátricos, centros de atención a discapacitados y en general toda la información institucional de la cobertura de centros tanto públicos como privados que a nivel nacional presten servicios de cuidados, pues dada la gran difusión de hogares especializados, aparte de las redes de atención del sistema de salud, no es posible contar con información actualizada que permita un diagnóstico para un mayor aprovechamiento institucional.

Una vez se actualice esta información, se podrá contar con la población total a proteger, permitiendo ello que se generen los recursos necesarios para atender a todas las personas que requieren de cuidados. Entre tanto, el sistema debe crearse bajo una comisión intersectorial que evalúe los diferentes aspectos que deberán reglamentar el

funcionamiento concreto del sistema, principalmente bajo el criterio de priorización en la atención.

Para tal fin, intervenciones como las del Departamento Nacional de Estadística, el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda, delegados de Discapacidad Colombia y de Colombia Mayor, la Consejería Presidencial para la Equidad de Género, la Unidad de Víctimas y las Empresas Promotoras de Salud, serán fundamentales para evaluar las distintas variables que tiene un sistema de cuidados en Colombia.

Siendo el primer punto contar con un diagnóstico, el segundo será priorizar. Así las cosas, las primeras acciones de la política pública deben ir dirigidas a la población con menores recursos económicos y con mayores dificultades de acceso al apoyo de una cuidadora, por lo que se deberán evaluar variables como el acceso previo a otros servicios sociales complementarios, la conformación de la familia y las características de las personas que prestan los servicios de cuidado de haberlas.

De igual forma se debe contar con los niveles de dependencia actuales y a futuro con el fin de priorizar las prestaciones a quienes no pueden realizar las actividades de la vida diaria por sí mismos.

Si bien el principal objetivo de un sistema de cuidados se fundamenta en la atención que se pueda brindar a las personas en situación de dependencia, el envejecimiento poblacional debe verse como una oportunidad social para luchar contra la desigualdad y generar acciones que disminuyan las brechas sociales. Para tal fin se requiere generar el reconocimiento de las capacidades de las personas en situación de discapacidad, generar esquemas de envejecimiento activo que promuevan menores niveles de dependencia, para así como fomentar otros sectores económicos. Esta política tendría que articularse para hacer del envejecimiento una oportunidad para el país que potencialice sus conocimientos y aportes (también a los sistemas de cuidados) en la comunidad. En este sentido, reglamentar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez en esta línea, es fundamental para asegurar este primer punto.

Otra característica del sistema y que de igual forma contribuirá a enfrentar de mejor manera los retos futuros, es su aporte en la eliminación de los imaginarios sociales relacionados con que la función de cuidados es de carácter femenino y por ello son las mujeres las que deben emprender de manera exclusiva estas actividades. Un sistema de cuidados debe fundamentarse en que todos y todas somos responsables como sociedad de generar esquemas tanto de auto cuidado como de cuidados de los demás y por lo tanto la recarga social no debe recaer sobre las mujeres como históricamente se ha hecho. Reconocer esta carga que han tenido las mujeres corresponde a un primer paso indispensable, por lo que la priorización también debe incluir la generación de acciones por la inclusión laboral de la mujer antes que su reconocimiento como cuidadora.

En este sentido resulta pertinente evitar el ahondamiento de las desigualdades que puede generar un sistema al reconocer el rol de cuidador solamente a la mujer y generándole

ingresos a partir de la misma actividad, pues ello implica el desconocimiento de sus posibilidades de formación y salida al mercado laboral.

Teniendo en cuenta la nueva conformación de los hogares y los mayores problemas que presenta la población para contar con un sistema de cuidados adecuado, brindar esquemas de cuidado domiciliario puede acentuar estos roles de género, perpetuar la discapacidad, desconocer el rol de las familias en la solidaridad y prestarse para que el sistema de salud termine proveyendo servicios para personas que no tienen dependencia, desviando así los recursos del mismo.

En este sentido, el compromiso y la corresponsabilidad se deben fundamentar partiendo de la premisa de que el sistema de cuidados es una prestación del sistema de seguridad social en salud que se presta a través de los servicios sociales complementarios en su aspecto prestacional, pero que su modelo asistencial se encuentra incluido en el seguro obligatorio y por lo tanto es de carácter universal.

Así las cosas, cualquier persona que preste los servicios de cuidados, así no pertenezca a la población priorizada, debe ser capacitada en sus actividades como cuidadora por parte del sistema de seguridad social en salud, asegurando tanto la protección integral de la persona en situación de dependencia, como la atención de las necesidades de la cuidadora asegurando aspectos básicos como jornadas de trabajo, posturas adecuadas, la dedicación de tiempos y espacios para actividades propias, evitar el aislamiento social y poner límites al cuidado impidiendo la generación de acciones como reproches, manipulaciones y malos tratos (Cuadros Cuadros, 2016). Estas indicaciones deben hacer igual parte del sistema de riesgos laborales cuando la persona que ejecuta estas actividades es contratada para tal fin, para prevenir enfermedades de origen laboral.

Sin embargo, una de las situaciones que se presentan en las iniciativas como la capacitación y cuidados del cuidador, se fundamentan en que las personas no cuentan con tiempo para dedicarse a sí mismas por el alto nivel de dependencia que tienen las personas que cuidan, generando así una incidencia importante en la salud de las cuidadoras, lo cual acarreará posteriormente mayores gastos para el sistema.

En este sentido, el sistema de cuidados debe articular las acciones que ya se han emprendido en materia de inclusión laboral para las personas en situación de discapacidad, las políticas de envejecimiento activo, las actividades de prevención y promoción enmarcadas en el sistema de seguridad social en salud y todas las acciones en materia de restablecimiento de los derechos de las víctimas con un enfoque en personas de la tercera edad, y las acciones en torno a la inclusión laboral de la mujer y el reconocimiento de la economía del cuidado.

Potencializando esta política, la incidencia económica se reduce de una manera importante y se visualizan con mayor orden las políticas públicas que buscan una protección de la población en situación de dependencia. Ahora bien, siendo que el esfuerzo no es solamente privado, la institucionalización es un elemento que no se debe descuidar.

Esta política debe entonces mejorar los esquemas de inspección, vigilancia y control de los hogares tanto públicos como privados, en los cuales se presten los servicios de cuidados, a la vez que se deben alternar posibilidades para la atención temporal y no siempre la internación de los pacientes: modelos de atención que permitan a las personas mantenerse en su hogar y a sus familiares responsabilizarse por su cuidado, a la vez que les permita acudir eventualmente a una institución que les permita aliviar de manera temporal la carga del cuidado asociada.

Junto con estos sistemas, se garantizará la atención de un cuidador a domicilio en el caso de que las personas no se puedan desplazar, con un apoyo máximo de 16 horas semanales, con el fin de garantizar un tiempo mínimo de esparcimiento o desarrollo de actividades para la capacitación por parte de las cuidadoras.

No obstante lo anterior, estas políticas se deben crear bajo la premisa de garantizar un acceso efectivo, por lo que la articulación con sistemas de transporte eliminarían las barreras económicas y geográficas que pueda implicar esta prestación.

Entre las prestaciones que incluiría un sistema de cuidado, se deben contemplar tanto aquellas de carácter económico como las que tienen aspectos estrictamente asistenciales. La condicionalidad de las prestaciones dependerá evidentemente de la permanencia de la necesidad, por lo que se deberá verificar periódicamente tanto el nivel de dependencia de la persona como la supervivencia de la misma.

Las prestaciones asistenciales incluirían, como se hace hoy a través del programa Colombia Mayor, la posibilidad de que las personas que no cuenten con un núcleo familiar ni con un domicilio, de acudir a una institución que velará por sus cuidados de manera exclusiva.

De igual forma, incluirán la capacitación y certificación a las personas que hoy asumen el rol de cuidadoras y para aquellas que quieran ejecutar esta actividad. Tanto la capacitación como la remuneración de las personas que ejerzan las actividades de cuidado, deberán ser asumidas por el sistema de seguridad social en salud. Si bien la capacitación es obligatoria, el proceso de certificación garantizará una mejor atención hacia las personas en situación de dependencia, a la vez que mejorará las posibilidades laborales de las cuidadoras.

Se permitirá que entre los beneficiarios del sistema de salud se encuentren los cuidadores, por lo que las personas en situación de dependencia que tengan una pensión, podrán afiliarse al sistema de salud a sus cuidadores, facilitando con ello el acceso a prestaciones asistenciales propias del sistema que incluyen la prevención, atención y rehabilitación integral de la salud.

Con el objetivo de fortalecer los sistemas de seguridad social a la vez que fomentar la solidaridad familiar, la persona en situación de dependencia que tenga una pensión deberá cotizar aportes al sistema de pensiones, caja de compensación familiar y riesgos laborales de su cuidadora (siempre que esta sea hasta de tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil), tomando como esquema la

cotización por semanas, pero no en función del tiempo trabajado sino de los ingresos de la persona en situación de dependencia.

Así las cosas, de acuerdo al Decreto 2616 de 2013, se pueden realizar aportes al sistema de seguridad social en salud por valores inferiores al salario mínimo, siempre que la persona se encuentre en el régimen subsidiado de salud y se cotice conforme al tiempo laborado sin que pueda ser inferior a una semana. En el sistema de cuidados, la afiliación de la cuidadora va a ser obligatoria, conforme a los ingresos de la persona en situación de dependencia así:

Ingresos	Ingreso Base de Cotización
1 SMMLV	¼ de salario mínimo
2 SMMLV	2/4 de salario mínimo
3 SMMLV	3/4 de salario mínimo
4 SMMLV	1 salario mínimo
Superior a 4 SMMLV	Deberá afiliarla conforme a las reglas generales del sistema de seguridad social

Este sistema busca, a la vez que brindar una atención desde el sistema de seguridad social de las personas que prestan servicios como cuidadoras en calidad de familiares, promover la corresponsabilidad y la solidaridad de quienes son sujetos de cuidados. De igual forma, al ser inscritos como “cuidadores” que incluirá una nueva categoría de cotización, se activarán las prestaciones asistenciales, permitiendo que accedan con mayor facilidad, a través de los servicios de las Cajas de Compensación Familiar, a actividades de bienestar y esparcimiento, que disminuyan la carga social asociada.

Las personas afiliadas en calidad de cuidadoras quedan automáticamente afiliadas a BEPS, por lo que si sus ahorros no son suficientes al momento de cumplir la edad para la pensión, accederán a dicho beneficio. Para los casos en que las cuidadoras superen la edad para obtener la pensión, quedarán inscritas en el programa Colombia Mayor, pudiendo acceder a la totalidad de los beneficios. Sin embargo, para la persona en condición de dependencia será obligatorio mantener la afiliación a los demás servicios de la seguridad social.

Ahora bien, para las personas que no cuentan con cuidadores pero que sí tienen un domicilio o una red de apoyo, podrán contar con un cuidador a domicilio hasta por 44 horas a la semana, persona que será debidamente capacitada y certificada para ejercer como tal y que se encargará exclusivamente de las actividades relacionadas con el cuidado de la persona y su entorno. Esta atención será exclusiva para personas de los niveles I y II del Sisbén que acrediten no tener un núcleo familiar que pueda prestar las actividades de cuidado durante el día.

Por último, las personas que acrediten realizar actividades de cuidados, pueden certificarse como cuidadoras para prestar este servicio de manera formal a sus familiares. De acudir a esta modalidad, quienes se encuentren en nivel II de sisbén deberán retornar un 25% del valor del servicio, el cual será descontado del salario del

cuidador y reinvertido en los programas propios del sistema. Progresivamente se podrán ampliar los servicios para nivel III del sisbén caso en el cual la persona tendrá que cubrir el 50% del costo del servicio.

Sin embargo, para la atención domiciliaria e institucionalizada de manera permanente o parcial no tendrá ningún valor para los niveles I, II y III del sisbén, pues de lo contrario, significaría la imposición de una carga adicional.

Las personas de niveles superiores podrán acceder a estas prestaciones siempre que no superen los 4 SMMLV como ingreso, debiendo generar un retorno del 25% del costo del servicio.

En el caso en que las cuidadoras que accedan a la formación y certificación para cuidar de sus familiares, una vez estos fallecen o pierden su condición de dependencia, obtienen prioridad para ejercer estas actividades hacia otras personas, o pueden acceder a los beneficios del Mecanismo de Protección al Cesante capacitándose en otras materias para facilitar su incursión en el mercado laboral formal.

Así, este sistema garantizará: la solidaridad, promoviendo el esfuerzo individual y social a través de las redes de apoyo a los cuidadores; la corresponsabilidad, al involucrar a las personas que cuentan con recursos para que contribuyan, conforme a sus capacidades a financiar los servicios del sistema así como a asegurar los beneficios mínimos a quienes les prestan los servicios de cuidado; la proporcionalidad, en tanto no se busca el desconocimiento del rol de la familia sino su integración bajo modelos productividad e incursión a medios laborales así como de capacitación y esparcimiento, de manera permanente evitando que queden desprotegidos cuando desaparezca la situación de dependencia. De igual manera este principio se garantizaría adecuando las prestaciones tanto al nivel de dependencia como a la capacidad de ingresos de las personas.

Por otro lado, al estar articulado con políticas de enfoque de género y de aprovechamiento de las aptitudes de las personas en situación de dependencia, facilitaría la inclusión laboral de otro grupo de población permitiendo así mejorar, a través de la capacitación, sus opciones laborales y con ello se disminuye la brecha de inequidad social.

Responde este programa al reto de desarrollar programas que se centren en la atención integral de las personas en situación de dependencia, a través de servicios que involucren a la familia y fortalezcan las redes de apoyo, con un enfoque en los derechos humanos tanto de la persona en situación de dependencia como el cuidador (Abrantes Pêgo, Ortega, & Fernando, 2014).

Por otra parte, la disminución de las jornadas de trabajo, no haría sino profundizar las brechas laborales y la inclusión de las personas encargadas del cuidado de alguien en situación de dependencia, por lo que medidas en este sentido no se sugieren en este punto.



## CONCLUSIONES

El envejecimiento poblacional se propone hoy como un reto, el cual puede ser asumido por las sociedades como una oportunidad para potencializar las aptitudes de las personas y su entorno, o como una carga para el sistema que implica una alta inversión de recursos humanos, físicos y financieros que no van a tener retorno por invertirse en personas que no son productivas para la sociedad.

Construir una sociedad basada en la utilidad del ser humano, siempre va a relegar a las personas en situación de discapacidad, los ancianos e incluso a las mujeres en estado de embarazo, pues la medición sobre la protección de las personas se va a enfocar en la capacidad productiva que tengan en la sociedad capitalista y no en los derechos que se tengan como seres sintientes *per se*.

El vivir en esta sociedad, nos ha implicado un culto a lo que Redeker denominó “el juvenismo” y que ha sacrificado el presente y futuro de nuestras sociedades enteras. En esa aldea imaginaria que construimos para que los viejos vayan a morir, nos consolamos con la idea de una sociedad caritativa que ha creado algunos esquemas para que quienes no produzcan no mueran en la absoluta pobreza e indiferencia.

El emprendimiento de políticas públicas a favor de este grupo de población, se parece más una tarea de beneficencia a un ejercicio jurídico serio que busque alternativas para disminuir los terribles fraccionamientos sociales que nos deja ver la vejez: abandono, maltrato, violencia física, psicológica y sexual, discriminación hacia las mujeres, barreras de acceso a los sistemas de salud, miseria y desigualdad.

Frente a los viejos, ya lo decía Beauvoir, se dificulta su reivindicación, pues ellos ya están muy cansados y a los jóvenes no se interesan en esta problemática, por eso son hoy una población por principio desprotegida que, a pesar de las escandalosas cifras de maltrato que presenta, aún calla la verdad sobre las agresiones que recibe a diario.

Cambiar la idea de que los seres humanos tienen valor en tanto sean capaces de producir es tal vez el gran reto de las sociedades, quienes, cada vez más envejecidas, tendrán que repensar la construcción de sus comunidades. Entre tanto, los pasos por la generación de un sistema más equitativo y que elimine las grandes brechas de desigualdad y maltrato hacia los ancianos y sus familiares, especialmente las mujeres, es un reto que desde la seguridad social se puede emprender y que generará una inversión social a largo plazo favoreciendo así el futuro de nuestras comunidades.

Los sistemas de Seguridad Social son ejemplo de transformación social a través de la inversión en las comunidades, pues a través de la gestión de los riesgos sociales, han sido los garantes de los derechos de las personas desde finales del siglo XIX y mediados del siglo XX con su universalización a través de modelos como el plan Beveridge.

En Colombia, reconociendo las situaciones de informalidad laboral y extrema pobreza en la que se encuentra la mayoría de la población, el sistema de seguridad social se ha

expandido a la provisión de servicios sociales complementarios, enfocados en los ancianos en condición de indigencia y que hoy se postula como el sistema llamado a articular varias de las prestaciones de un sistema de cuidados que busque mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia con menores recursos económicos del país.

Si bien la generación de esquemas no contributivos o con prestaciones inferiores al salario mínimo, bien podrían suponer un deterioro social, en virtud del principio de progresividad que caracteriza a los sistemas de seguridad social, hoy suponen una primera puesta en marcha para generar inversión social y avance en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Criticar en un esquema social en torno a la capacidad de producción de los seres humanos perpetrando la asunción de la seguridad social solamente cuando se tiene un trabajo formal, lo que hace es arraigar este sistema; por otra parte, ampliar el sistema de seguridad social en forma de inversión social con corresponsabilidad, nos plantea un esquema más solidario capaz de disminuir la pobreza que sufren hoy miles de personas en Colombia.

El cambio de los imaginarios en torno a los roles de género es otro reto para el sistema de seguridad social: propender por mejorar las condiciones en las cuales prestan los servicios de cuidados, fomentar espacios para su capacitación e inclusión en ámbitos laborales, y la capacitación de hombres como cuidadores, son aspectos que pueden contribuir a derrotar este imaginario social, mejorando de igual forma las condiciones de vida de las personas en situación de dependencia.

En todo caso, evidenciar la carga social y la contribución de las mujeres en la economía a través de los cuidados, ha sido un logro social fundamental para visibilizar la importancia que sus trabajos tienen en las comunidades. De hecho, los costos asociados a la prestación de servicios de cuidados, serán un reflejo social del verdadero valor del trabajo que han venido prestando las mujeres en las familias.

Esta preocupación ha sido una constante en los países Iberoamericanos que han implementado un sistema de cuidados, por lo que la preocupación en Colombia debe fundamentarse en aprender de estas situaciones y evitar así perpetuar los roles de género al no permitir la inclusión de las mujeres en el mercado laboral. De igual forma, la generación de medidores de impacto es un criterio fundamental para validar los ajustes que en esta materia sea necesario hacer.

Colombia no parte de cero: cuenta con una política pública de inclusión de las personas en situación de discapacidad, así como de normas que regulan los cuidados institucionales de los ancianos en condición de indigencia, por lo que retomar tanto la normatividad vigente como los compromisos internacionales, son un punto fundamental de partida para sustentar los costos financieros, humanos y físicos que requiere la implementación de un sistema de cuidados.

La elaboración de la línea jurisprudencial en torno al otorgamiento de cuidadores en el sistema de salud, permitió evidenciar que se trata de la materialización del principio de solidaridad por parte del Estado, por lo que debe concurrir de manera prioritaria para las personas que no cuenten con los medios suficientes para atender sus necesidades básicas.

A pesar de los avances que lo anterior supone a nivel de protección de las personas en situación de dependencia y de sus familiares, esta opción sigue estando reservada para las personas que interponen una acción de tutela y les es concedida, por lo que hoy sigue perpetrando los esquemas de desigualdad y se hace necesario universalizar el cuidado como un derecho de todas las personas.

La construcción de un sistema de cuidados en Colombia, debe entonces partir de la exigencia por la reglamentación y puesta en marcha de las normas que ya existen, a la vez que debe articular esquemas de prestaciones con corresponsabilidad, solidaridad y proporcionalidad que a largo plazo incida en la inversión social y en el mejoramiento de la calidad de vida de quienes se encuentran más desprotegidos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abrantes Pégó, R., Ortega, M. L., & F. M. (2014). Niveles sociosanitarios de atención y seguridad social para los adultos mayores en Iberoamérica. *Geriatría para el médico familiar*, 61-68.
- Aguilera, E. (13 de 05 de 2015). FOTOS: 20 celebridades que han envejecido mal. *t13*, págs. 1-3. Obtenido de <http://www.t13.cl/noticia/tendencias/espectaculos/fotos-20-celebridades-que-han-envejecido-mal>
- Alvarado García, M. A., & Maya, A. S. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 7-14.
- Arber, S., & Ginn, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Narcea Editores S.A.
- ARTIGAS, C. (2005). Una mirada a la Protección Social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales. *Políticas sociales*, 1-18.
- AYALA, U., & ACOSTA, O. L. (2002). Políticas para promover una ampliación de cobertura del Sistema de Pensiones en Colombia. *Financiamiento del desarrollo*, 1-72.
- BARRETO OSORIO, R. V., CORRAL IBARRA, R. D., CAMPOS, M., GALLARDO SOLARTE, K., & ORTIZ, V. T. (mayo- agosto de 2015). Cuidadores y cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia: más similitudes que diferencias. *Revista científica salud Uninorte*, 31(01), 1-15.
- C. A., H. S., L. L., B. A., & X. C. (01 de 10 de 2011). Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor. Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad. *Revista médica de Chile*, 139(10), 1276-1285.
- Cáceres Rodríguez, C. (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Revista electrónica de audiolología*, 2.
- Cardona Arce, L. M. (mayo de 2017). BENEFICIOS DE LA CONVENCIÓN EN LA DEFENSA JURÍDICA DE DERECHOS. *BOLETÍN DEL PROGRAMA IBEROAMERICANO DE COOPERACIÓN SOBRE ADULTOS MAYORES*, 7-8.
- Carlos, C. G. (2016). *Seguridad Social Derecho para Todos*. Bogotá: Legis.
- Celade. (2009). *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: División de Población de la Cepal.
- Celade. (2011). *Envejecimiento poblacional. América Latina y el Caribe. Observatorio Demográfico*. Santiago de Chile: División de Población de la Cepal.
- CELADE. (2014). *Nota Conceptual Segundo Foro Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Obtenido de CEPAL: [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/nota\\_conceptualpm\\_30mayo\\_1.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/nota_conceptualpm_30mayo_1.pdf)
- CEPAL. (01 de 01 de 2012). *Ministerio de Desarrollo Social de la Nación*. Obtenido de Avances Nacionales en la implementación de la Declaración de Brasilia: [https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Argentina\\_MIDES.pdf](https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Argentina_MIDES.pdf)

- CEPAL. (01 de 01 de 2015). *UNAH*. Obtenido de UNAH: [http://faces.unah.edu.hk/catedraot/images/stories/Documentos/OUOT/Indicador\\_Desarrollo\\_01.pdf](http://faces.unah.edu.hk/catedraot/images/stories/Documentos/OUOT/Indicador_Desarrollo_01.pdf)
- CEPAL. (2009). El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile.
- CEPAL. (2009). *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* Naciones Unidas . Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL. (2015). El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay. *CEPAL- Serie Asuntos de Género*(127), 1-41.
- Colombia Mayor. (01 de 01 de 2013). *Colombia Mayor*. Recuperado el 22 de 09 de 2017, de Colombia Mayor: [http://colombiamayor.co/programa\\_colombia\\_mayor.html](http://colombiamayor.co/programa_colombia_mayor.html)
- CORTÉS GONZÁLEZ, J. C. (2009 ). *El Derecho de la Protección Social* . Bogotá : Legis .
- Cortés González, J. C. (2016). *Seguridad social derecho para todos* . Bogotá D.C.: Legis.
- Cuadros Cuadros, R. (2016). La valentía del cuidado. En N. S. Landínez Parra, *Manual del cuidador de personas mayores* (págs. 15-26). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia .
- DANE. (2017). *BOLETÍN TÉCNICO COMUNICACIÓN INFORMATIVA (DANE) Bogotá D.C 11 de julio de 2017*. Obtenido de DANE: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech\\_inactividad/bol\\_eje\\_inac\\_mar17\\_may17.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_inactividad/bol_eje_inac_mar17_may17.pdf)
- DANE. (29 de septiembre de 2017). *Indicadores de Mercado Laboral (IML), agosto de 2017*. Bogotá: DANE.
- De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana S.A.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística . (01 de 01 de 2015). *Geoportal DANE* . Recuperado el 19 de 04 de 2017, de Geoportal DANE : <https://geoportal.dane.gov.co/laboratorio/estimaciones/indicador2.html>
- Departamento Nacional de Planeación . (2012). Diseño e implementación de los Beneficios Económicos Periódicos- BEPS. *Documento Conpes Social*, 1-17.
- Discapacidad Colombia. (01 de 01 de 2017). <http://discapacidadcolombia.com/>. Obtenido de Estadísticas : <http://discapacidadcolombia.com/index.php/estadisticas>
- Espino, A., & Salvador, S. (2013). El sistema nacional de cuidados: una apuesta al bienestar, la igualdad y el desarrollo. *Análisis*(4), 3-20.
- FEDESARROLLO . (2017). *ALTERNATIVAS PARA EXTENDER LA COBERTURA DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN ECONÓMICA A LA VEJEZ EN COLOMBIA*. Bogotá: Fedesarrollo.
- Fundación Saldarriaga Concha. (2017). *A PESAR DE LA GUERRA: RIESGOS E IMPACTOS DEL CONFLICTO ARMADO SOBRE LAS VÍCTIMAS MAYORES*. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha Publicaciones.
- García-Calvente, M. d., I. M.-R., & A. P. (agosto de 2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria* , 18, 1-18.
- Gobierno Federal (Brasil) . (01 de 01 de 2017). <http://www.riicotec.org/>. Obtenido de Políticas, Programas y Proyectos para la Población Adulta Mayor - Gobierno

Federal:

<http://www.riicotec.org/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/brasilneusapivatto.pdf>

- Hernández Córdoba, Á. (2016). *Envejecimiento y longevidad: fatalidad y devenir. Teorías, datos y vivencias*. Bogotá : Universidad Externado de Colombia .
- Herreño Hernández, A. L. (2008). *¿Todo o nada? Principio de integralidad y derechos sociales*. Bogotá D.C.: ILSA.
- Instituto de Geografía- UNAM . (2004). *INDICADORES PARA LA CARACTERIZACIÓN Y EL ORDENAMIENTO TERRITORIAL*. México D.F. : UNAM.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. (2016). *Forensis 2016. Daros para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia*. Bogotá.
- Junta Nacional de Cuidados . (2016). *Informe anual 2016*. Montevideo: Sistema Nacional de Cuidados.
- Kohli, M. (1988). Ageing as a Challenge for Sociological Theory. *Ageing and Society* , 367-394.
- Landínez Parra, N. S. (septiembre de 2015). Implementación de un programa de formación a cuidadores de personas mayores con dependencia o discapacidad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63, 1-15.
- Mejía Ortega, L. M., & Giraldo, A. F. (2007). Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. *Revista Salud Pública* , 471-483.
- MEJÍA ORTEGA, L., & FRANCO GIRALDO, A. (2007). Protección social y modelos de desarrollo en América Latina. *Salud Pública*, 471-483.
- Ministerio de Desarrollo Social . (2014). *Cuidados como Sistema Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay*. Obtenido de Ministerio de Desarrollo Social : [http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/34676/1/cuidados\\_como\\_sistema.pdf](http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/34676/1/cuidados_como_sistema.pdf)
- Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay . (2014). *Cuidados como Sistema Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay*. CEPAL. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay.
- Ministerio de Salud y Protección Social . (s.f.). *Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad- RLCPD*. 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (01 de 01 de 2013). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 20 de 04 de 2017, de Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales Relevantes: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20poblaciones%20diferenciales.pdf>
- MINISTERIO DEL TRABAJO . (2016). *Nuevo modelo para la protección a la vejez* . Bogotá: Ministerio del Trabajo .
- Ministerio del Trabajo. (30 de 10 de 2017). *Fondo de Solidaridad Pensional* . Obtenido de [www.fondodesolidaridadpensional.gov.co](http://www.fondodesolidaridadpensional.gov.co): <https://www.fondodesolidaridadpensional.gov.co/portal/index.php/23-981-nuevos-beneficiarios-del-programa-colombia-mayor>

- Montero Langué, M. (01 de 01 de 2017). <http://www.fundacioncaser.org/>. Obtenido de ANÁLISIS COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE CUIDADOS Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ALEMANIA Y ESPAÑA: [http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/miguelmontero\\_analisiscomparados\\_web\\_ok.pdf](http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/miguelmontero_analisiscomparados_web_ok.pdf)
- Muñoz Segura, A. M. (2011). Servicios Sociales Complementarios en Colombia: análisis jurídico. *OIT*, 1-16.
- OCDE/ BID. (01 de 05 de 2015). Obtenido de IADB: [https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6892/Panorama\\_de\\_las\\_Pensiones\\_America\\_Latina\\_y\\_el\\_Caribe.pdf](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6892/Panorama_de_las_Pensiones_America_Latina_y_el_Caribe.pdf)
- OEA. (2015). CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES . *CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES* .
- OECD. (2015). *Un Panorama de las Pensiones en America Latina y el Caribe*. Washington: CEPAL.
- OIT. (2009). *Trabajo y Familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*. OIT y PND. Ciudad de México: OIT.
- Organización de Naciones Unidas. (s.f.). [www.un.org](http://www.un.org). Obtenido de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1192>
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social- OISS. (julio de 2014). Los retos de los mayores de 60 años en el campo colombiano. *Boletín del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre Adultos Mayores*, 8-10.
- Organización Mundial de la Salud . (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Organización Mundial de la Salud .
- Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Malta: Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial.
- Pazos Morán, M., & Medialdea, B. (01 de 01 de 2016). *REORGANIZAR EL SISTEMA DE CUIDADOS: CONDICIÓN NECESARIA PARA LA RECUPERACIÓN ECONÓMICA Y EL AVANCE DEMOCRÁTICO*. Obtenido de [www.pensamientocritico.org](http://www.pensamientocritico.org): <http://www.pensamientocritico.org/marpaz0315.pdf>
- Pérez Díaz, J. (2005). Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico. *Papeles de Economía Española*(104), 210-226.
- Pineda Duque, J. (2015). Vejez, Dependencia y Cuidado en Colombia. En P. Rodríguez Jiménez, & F. V., *Envejecer en Colombia* (págs. 245- 271). Bogotá: Universidad Externado de Colombia .
- Prieto Ramos, O. (1999). Gerontología y Geriátría. Breve resumen histórico. *Resumed*, 50-54.
- Ramírez Navarro, J. M. (11 de 03 de 2011). Impacto de la Ley de la Dependencia en los Servicios Sociales Generales. *A fondo* , 21-36.
- Redeker, R. (2017). *Bienaventurada vejez*. Bogotá: Luna libros.
- Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico.
- Riley, M. (1987). On the Significance of Age in Sociology. *American Sociological Review*, 52(1), 1-14.

- Rivas Herrera, J. C. (enero- marzo de 2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? . *Revista Enfermería Universitaria*, 8, 49-54.
- RIVAS HERRERA, J. C., & OSTIGUÍN MELÉNDEZ, , R. m. (Enero- Marzo de 2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Revista Enfermería Universitaria* , 8, 49-54.
- Ruezga Barba, A. (2016). Transformación de los seguros sociales. *CIESS*, 1-6.
- Sentencia T-096 de 2016, T-096 de 2016 (Corte Constitucional de Colombia 25 de febrero de 2016 ).
- Torres Arreola, L. d., & Villagrán, J. P. (2015). CONSIDERACIONES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, GÉNERO Y SALUD. En I. N. Geriatria, *Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria* (págs. 359-364). Ciudad de México : Secretaría de Salud .
- Ullmann, H., Valera, C. M., & Rico, M. N. (2014). *La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010 Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado*. Santiago de Chile: Naciones Unidas .
- United Nations . (2002 ). *GENDER MAINSTREAMING AN OVERVIEW*. New York: United Nations .
- Universidad de la Sabana. (22- 26 de 05 de 2017). Repensar la sociedad para los adultos mayores. *Campus*, pág. 4.
- VEJEZ, P. N. (2007). *Ministerio de Salud y Protección Social* . Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social : <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>
- Victoria Maldonado, J. (sept-dic de 2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos . *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* , 46(148), 7-12.
- Villalba, F. (2014). Niveles sociales de apoyo al anciano y la familia. *Geriatria para el médico familiar*, 69-72.
- Villar, L., Floréz, C. E., Forero, D. V.-L., & Puerta, N. y. (2015). Protección económica a la población mayor en Colombia. *Fundación Saldarriaga Concha*, 83.
- Villar, L., Florez, C., D. F., N. V.-L., N. P., & F. B. (2015). Protección económica a la población mayor en Colombia . *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones* , 84-166.



## ANEXOS

### ANEXO NORMATIVO

- Consejo de Europa. (18 de 09 de 1998). Recomendación No. 98. *Recomendación No. 98*. Estrasburgo, Estrasburgo, Francia: Comité de Ministros.
- Consejo Económico y Social . (2000). *Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* . Naciones Unidas. Ginebra: Naciones Unidas.
- Congreso de Colombia. (2007). Ley 1145 por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de Colombia. (2013). Ley 1618 por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.
- Congreso de Colombia. (2002). Ley 762 Por medio de la cual se aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad", suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999).
- Congreso de Colombia. (2009). Ley 1346 Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
- Congreso de Colombia. (1997). Ley 361 Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de Colombia. (2008). Ley 1251. Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
- Congreso de Colombia. (2009). Ley 1276. A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.
- Congreso de Colombia. (2009). Ley 1315 mediante la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.
- Congreso de Colombia. (2017). Ley 1850 por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones
- Congreso de Colombia. (2008). Ley 1257 "Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones"
- Congreso de Colombia. (1993). Ley 82 Por la cual se expiden normas para apoyar de manera especial a la mujer cabeza de familia

- Congreso de Colombia. (2003) Ley 823 Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres
- Congreso de Colombia. (2003) Ley 797 Por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales exceptuados y especiales.
- Congreso de Colombia. (1993) Ley 100 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017) Resolución 24 Por medio de la cual se establecen los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los Centros Vida y se establecen las condiciones para la suscripción de convenios docente-asistenciales.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013) Resolución 5521 Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016) Resolución 5928 Por la cual se establecen los requisitos para el reconocimiento y pago del servicio de cuidador ordenado por fallo de tutela a las entidades recobrantes, como un servicio excepcional financiado con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016) Resolución 6408 Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017) Circular 22 Prestación de servicios especiales de cuidado, diferente al servicio de cuidador
- Ministerio de la Protección Social. (2007) Decreto 3771 Por el cual se reglamenta la administración y el funcionamiento del Fondo de Solidaridad Pensional.
- Ministerio del Trabajo. (2013) Decreto 2616 Por medio del cual se regula la cotización a seguridad social para trabajadores dependientes que laboran por períodos inferiores a un mes, se desarrolla el mecanismo financiero y operativo de que trata el artículo 172 de la Ley 1450 de 2011 y se dictan disposiciones tendientes a lograr la formalización laboral de los trabajadores informales.

## **ANEXO JURISPRUDENCIAL**

- Corte Constitucional de Colombia. (2015). Sentencia C-458 del 22 de julio. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.
- Corte Constitucional de Colombia. (2016) Sentencia T-096 del 25 de febrero. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.
- Corte Constitucional de Colombia. (2014) Sentencia T-154 del 14 de marzo. M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.
- Corte Constitucional de Colombia. (2013) Sentencia T-782 del 18 de noviembre. M.P. Nilson Pinilla Pinilla
- Corte Constitucional de Colombia. (1992) Sentencia T-426 del 24 de junio. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.
- Corte Constitucional de Colombia. (2008) Sentencia T-867 del 4 de septiembre. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

- Corte Constitucional de Colombia. (2012) Sentencia T-685 del 27 de agosto. M.P. Nilson Pinilla Pinilla
- Corte Constitucional de Colombia. (1999) Sentencia T-209 del 13 de abril. M.P. Carlos Gaviria Díaz
- Corte Constitucional de Colombia. (2007) Sentencia T-646 del 16 de agosto. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa
- Corte Constitucional de Colombia. (1999) Sentencia T-851 del 28 de octubre. M.P. Vladimiro Naranjo Mesa
- Corte Constitucional de Colombia. (2000) Sentencia T-398 del 6 de abril. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.
- Corte Constitucional de Colombia. (2004) Sentencia T-136 del 19 de febrero. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa
- Corte Constitucional de Colombia. (2006) Sentencia T-159 del 2 de marzo. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto
- Corte Constitucional de Colombia. (2006) Sentencia T-662 del 10 de agosto. M.P. Rodrigo Escobar Gil
- Corte Constitucional de Colombia. (2007) Sentencia T-730 del 13 de septiembre. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra
- Corte Constitucional de Colombia. (2007) Sentencia T-536 del 12 de julio. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto
- Corte Constitucional de Colombia. (2007) Sentencia T-421 del 25 de mayo. M.P. Nilson Pinilla Pinilla
- Corte Constitucional de Colombia. (1998) Sentencia T-804 del 15 de diciembre. M.P. Carlos Gaviria Díaz
- Corte Constitucional de Colombia. (2010) Sentencia T-730 del 13 de septiembre. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo
- Corte Constitucional de Colombia. (2016) Sentencia T-220 del 2 de mayo. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.
- Corte Constitucional de Colombia. (2017) Sentencia T-208 del 4 de abril. M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo.
- Corte Constitucional de Colombia. (2016) Sentencia T-414 del 8 de agosto. M.P. Alberto Rojas Ríos.