

Estado actual de los cuidados a largo plazo del adulto mayor en Colombia

Marby Astrid Pérez Núñez

Tesis de Maestría Escuela de Gobierno

Universidad de los Andes

Director: Oscar Alberto Bernal Acevedo

Bogotá, junio de 2021

Contenido

Resumen - Abstract	4
Introducción	5
1. Consideraciones generales	6
1.1. Planteamiento del problema.....	6
1.2. Marco Teórico.....	7
1.3. Metodología	9
1.3.1 Fase 1: Revisión bibliográfica.....	10
1.3.2. Fase 2: Entrevistas Semiestructuradas	12
1.3.3. Consideraciones éticas	14
2. Resultados	15
2.1. Resultados de la revisión bibliográfica	16
2.1.2. El cuidado a largo plazo y sus dimensiones.....	17
2.1.3. Los cuidados a largo plazo a partir de necesidades.....	18
2.1.3.1. Necesidades físico-médicas.....	19
2.1.3.2. Necesidades sociales	22
2.1.3.3. Necesidades psicológicas	23
2.1.4. Retos y perspectivas del cuidado a largo plazo.....	25
2.2. Resultados de la aplicación de entrevistas semiestructuradas	27
2.2.1. Los cuidados a largo plazo dentro de la política de vejez y envejecimiento en Colombia, y la competencia para su prestación	28
2.2.2. La demanda y la oferta de cuidados a largo plazo.....	32
2.2.3. Centros de atención de cuidado al adulto mayor y su financiación.....	33
2.2.4. El cuidado y los cuidadores	35
2.2.5. Enfoque integral de los cuidados a largo plazo	38
2.2.6. Cuidados a largo plazo y adultos mayores en situación de abandono, de calle y aquellos con enfermedades mentales	40
2.2.7. Los cuidados a largo plazo y el COVID_19.....	41
3. Recomendaciones - Propuestas para mejorar la situación de cuidados a largo plazo en el país a partir de resultados	42
4. Conclusiones	44
Anexo1. Consentimiento Informado e Información sobre el estudio	55
Anexo 2. Instrumento Entrevista 1	57

Anexo 3. Instrumento Entrevista 2.....58

Anexo 4. Instrumento Entrevista 3 – Cuestionario.....59

Anexo 5. Instrumento Entrevista 4.....60

Anexo 6. Instrumento Entrevista 5.....61

Anexo 7. Instrumento Entrevista 6.....62

Resumen - Abstract

Los cuidados a largo plazo para el adulto mayor se convierten en el único medio que estas personas, con algún nivel de dependencia, poseen para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria que por sí solos no pueden realizar, bien sea por el deterioro físico derivado del proceso natural del envejecimiento o por la presencia de enfermedades que disminuyen su calidad de vida. Estos cuidados no son evidentes en la Ley 1251 de 2008, como tampoco en la reglamentación modificatoria o en aquella expedida con posterioridad, por lo que se hace necesario revisar cómo se están percibiendo los cuidados a largo plazo del adulto mayor a nivel internacional y en Colombia, donde a través de una revisión bibliográfica y de la consulta a expertos, se identificó la necesidad de definir sistema de cuidados a la dependencia que contenga un lineamiento claro frente a la entidad responsable de la prestación de estos cuidados; la financiación; y la articulación de diferentes sectores para que se propicien las condiciones para su adecuada prestación y se promueva un envejecimiento saludable en todas sus formas.

Palabras clave: Cuidados a largo plazo, adulto mayor, envejecimiento, Sistema de cuidados.

Introducción

El envejecimiento humano constituye un proceso caracterizado por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible, que inicia en la concepción, se desenvuelve durante el curso de vida y finaliza con la muerte. Este proceso, además de complejo, evidencia una serie de dimensiones desde las biológicas, psicológicas y sociales, hasta las económicas, políticas, culturales y espirituales (Ministerio de Salud, 2015).

De este proceso de envejecimiento, entre otros cuidados, se desencadenan los de largo plazo definidos como aquella atención a las personas adultas mayores¹, que necesitan apoyo en actividades básicas de la vida diaria como cuidado en el hogar, vida asistida, cuidado diurno y de descanso, cuidados paliativos que no deberían ser proporcionados por un servicio médico. Dentro de las actividades descritas se destacan las relacionadas con la capacidad de preparar sus alimentos y alimentarse por sí mismos, el cuidado personal, el propio suministro de sus medicamentos y el desplazamiento de un lugar a otro, entre otras (Tabea Bucher-Koenen, 2015). Este cuidado ha sido históricamente proporcionado por la familia, especialmente por parte de las mujeres, debido a que culturalmente las labores de cuidado se relacionaban con lo femenino. Sin embargo, los cambios culturales y sociales relacionados a los roles de género y a las concepciones de familia, han hecho que estos se trasladen a otros actores.

Si bien, Colombia cuenta con reglamentación y diseño de programas para la población adulta mayor, los mismos tienen un enfoque asistencial desde el sistema de salud, con algunos subsidios para la población adulta mayor en condición de pobreza y vulnerabilidad desde el Departamento de Prosperidad Social (DPS), dejando de lado un abordaje integral en el que se contemple, entre otros, aspectos sociales e inclusión de cuidados a largo plazo para esta población adulta mayor, limitando la capacidad de respuesta a la creciente demanda de servicios de apoyo a la dependencia en Colombia (BID, 2019).

Por lo anteriormente expuesto, se hace necesario conocer la manera en la que se han estado abordando los cuidados a largo plazo del adulto mayor a nivel internacional a través de la revisión de literatura, información que será insumo para la realización de consulta a expertos en Colombia

¹ Se considera adulto mayor a cualquier persona mayor de 60 años (OMS, 2017)

a través de una entrevista semi estructurada; y así realizar recomendaciones de política pública que permitan atender las necesidades de cuidado a largo plazo de los adultos mayores en Colombia.

1. Consideraciones generales

1.1. Planteamiento del problema

Producto de una revisión previa de informes de política pública y normatividad en Colombia, se evidencia la escasa información sobre la forma en la que se han abordado los cuidados a largo plazo del adulto mayor, convirtiéndolo en un tema sensible y relevante por el nivel de dependencia que los caracteriza (Ebrad, 2014). Lo anterior requiere profundizar en el estado de estos desde el nivel nacional e internacional para identificar aquellas situaciones que permitan entender esta realidad de la población adulta mayor en Colombia.

Situaciones como la transición demográfica, junto con aspectos económicos, culturales y sociales, inciden sobre las estructuras familiares presentando una reducción en el tamaño de los hogares y el envejecimiento de la población adulta mayor, agravado por el aumento de propensión a desarrollar enfermedades crónicas y por la dependencia funcional para realizar sus actividades básicas de la vida diaria (BID, 2019). Lo anterior como resultado de una discapacidad, condición crónica, trauma o enfermedad (Tabea Bucher-Koenen, 2015), bien sea por el deterioro físico derivado del proceso natural del envejecimiento, o por la presencia de una o más enfermedades convirtiéndolas en dificultades cotidianas, sin que su cuidado pueda ser garantizado.

Ahora bien, este grupo poblacional mayor de 60 años en Colombia sumó 5.900.000 personas al cierre de 2018. El 21,5 % de ellos viven en la zona rural, 54,5 % son mujeres y en conjunto representan 11,8% del total de la población y ha venido ganando participación por lo que se prevé que, hacia 2050 representen un 23 % del total de la población del país (DNP, 2019).

En ese sentido, se hace necesario examinar la forma en la que estos cuidados son abordados tanto a nivel nacional como internacional. Para ello se planteó como pregunta rectora de análisis la siguiente: **¿Cómo se está abordando actualmente en Colombia la política pública de cuidados a largo plazo del adulto mayor?**

Para resolver este interrogante, a partir de la revisión bibliográfica, obtuvo un contexto respecto a la percepción de los cuidados a largo plazo a nivel internacional. Posteriormente, a través de un análisis de tipo cualitativo se realizó la consulta a expertos en estos cuidados en Colombia,

permitiendo así entender la realidad de los cuidados a largo plazo en la población adulta mayor en el país.

Objetivo general

Proponer recomendaciones que impulsen la implementación y fortalezcan la política pública para los cuidados a largo plazo de los adultos mayores en Colombia.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades de cuidado de largo plazo del adulto mayor a partir de las experiencias internacionales.
- Definir la realidad de las necesidades de cuidado de largo plazo del adulto mayor en Colombia.
- Proponer recomendaciones de política pública para que Colombia, se acerque a los estándares internacionales de los cuidados a largo plazo de los adultos mayores.

1.2. Marco Teórico

Con el propósito de comprender la importancia y relevancia que tienen los cuidados a largo plazo del adulto mayor, a partir de la revisión de información existente a nivel nacional, y aquella recuperada de textos académicos a nivel mundial, se presenta un contexto teórico a partir del cual se desarrolla el estudio.

En primer lugar, con las definiciones de la OCDE y de la Comisión Europea, se entiende por cuidados a largo plazo como el conjunto de servicios requeridos por personas con un grado de funcionalidad física o cognitiva reducido, provocando la dependencia durante un periodo largo de tiempo para realizar las actividades básicas de la vida diaria (Villalobos, 2017). Dentro de estas actividades se encuentran: subir y bajar escaleras, levantarse de la cama y acostarse, realizar por su cuenta el aseo personal, vestirse, desplazarse dentro y fuera de su hogar, utilizar el teléfono, preparar sus alimentos y consumirlos por sí mismos, lavar ropa y limpiar la casa, tomar sus medicamentos y realizar transacciones financieras, entre otras.

En segundo lugar, la dificultad para ejecutar estas actividades radica en el grado de dependencia de estos adultos, ocasionada por la pérdida de la autonomía como parte del proceso natural del envejecimiento, el cual trae consigo un deterioro físico agudizado por el aumento en la prevalencia de la carga de enfermedades crónico-degenerativas, así como de las enfermedades mentales. Si bien, estos cuidados no son propios del servicio médico, se debe propender por su prestación como apoyo en el proceso de envejecimiento (Tabea Bucher-Koenen, 2015).

Finalmente, y ante el aumento del número de personas con pérdida de funcionalidad y algún grado de dependencia, estos cuidados se convierten en la única alternativa que la población adulta mayor tiene para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria, dejando en evidencia el gran reto estructural para atenderlos de manera oportuna, y preparar a las nuevas generaciones desconectadas de esta realidad, para que asuman la corresponsabilidad que implica el cuidado de los adultos mayores.

Ahora bien, pese a no evidenciar de manera específica información relacionada con los cuidados a largo plazo del adulto mayor en Colombia, se observa la preocupación por esta población desde el Gobierno, quien ha reglamentado desde 2007 la definición, desarrollo e implementación de la política de Envejecimiento y Vejez (Ley_1151, 2007)², considerando su evaluación y ajuste periódico (Ley_1251, 2008). Adicionalmente, instauró las condiciones mínimas y dignas relacionadas con la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención (Ley_1315, 2009). En 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizó la Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez, la cual contempla un plan de acción de corto, mediano y largo plazo, con actividades y responsables allí definidos y con un horizonte temporal de diez años finalizando en 2024 (Ministerio de Salud, 2015).

De igual manera, hay un claro interés no solo por parte del Gobierno Nacional de garantizar una atención integral a los adultos mayores, sino que, organizaciones como Naciones Unidas (ONU por sus siglas en inglés) definió en la agenda 2030 (PNUD, 2015) el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Adicionalmente, contempla metas específicas que son de suma importancia para los adultos mayores como son: la 1.3 relacionada con protección social universal, la 3.8 aborda la cobertura de salud universal, y la 5.4 que guarda relación directa con el reconocimiento y valoración de los cuidados (Huenchuan, 2018).

² “Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”

Por su parte, el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad, expedido con la Ley 1955 de 2019, en el parágrafo 2 del artículo 217 establece la existencia de distintas modalidades de atención, programas y servicios sociales dirigidos a las personas adultas mayores, dentro de los cuales se incluyen los servicios de ayuda a domicilio para estas personas (Colombia, 2019).

En el mismo sentido, el Departamento Nacional de Planeación (DNP), en enero de 2019, expidió el *Documento de Lineamientos de Política de Cuidado en Colombia*, cuyo propósito es establecer las bases técnicas para configurar un sistema de cuidado que permita reconocer la importancia del trabajo del cuidado en la sociedad y en la implementación de las políticas públicas, reducir el tiempo que dedican las mujeres a esta labor y que propenda por redistribuir entre el Estado, el mercado y la comunidad las cargas de cuidado que tradicionalmente se han asignado a los hogares. Frente a las necesidades de cuidado a largo plazo del adulto mayor no es específico, sin embargo, menciona que, tener una mayor población envejecida aumenta la proporción de personas con dificultades para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), por lo cual ellas necesitan ayuda y cuidado de otras personas (DNP, 2019).

En adición, la Convención Interamericana resalta la protección de los derechos humanos de las personas mayores destacando el reconocimiento que tiene la persona a medida que envejece y el derecho a disfrutar de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades. Esta Convención, define derechos emergentes dentro de los cuales hace referencia en su artículo 12, a los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo. Esta Convención tiene un órgano de seguimiento denominado “Conferencia de Estados Parte”, quienes verifican el cumplimiento que cada país miembro da a los compromisos allí pactados (OEA, 2017), convención aprobada por Colombia con la expedición de la Ley 2055 de septiembre 10 de 2020 (Congreso de La República Colombiana, 2020).

Finalmente, los programas existentes demuestran una clara intención de atender las necesidades de los adultos mayores, sin que se evidencie dentro del contexto mencionado de manera específica, los cuidados de largo plazo claramente definidos y abordados para esta población.

1.3. Metodología

Para este estudio, y con el objeto de realizar un adecuado procesamiento de información, la metodología propuesta se llevó a cabo en dos fases. La primera fase consistió en una revisión bibliográfica amplia que se realizó con el propósito de conocer el estado de estos cuidados en un contexto internacional. Se acudió a fuentes de información de tipo bibliográfico, como fundamento para la recopilación y organización de la información, previa y necesaria para poder realizar el diseño de los instrumentos de la segunda fase con base en un corpus amplio de evidencia.

La segunda fase consistió en la elaboración de entrevistas semiestructuradas a personas consideradas expertos en el campo de los cuidados a largo plazo para adultos mayores en Colombia, dado que su experiencia profesional ha girado en torno precisamente a este tipo de cuidados. Los instrumentos para esta segunda fase se definieron a partir de la información recolectada en la primera fase, pues fue la que dio línea para poder crear los instrumentos y estructurar las preguntas apropiadas para aprovechar al máximo la trayectoria de las personas entrevistadas.

Es así como, la revisión bibliográfica se convirtió en fuente valiosa para la investigación, en la que a través de la búsqueda, selección, procesamiento de documentos, permitió conocer cómo se están considerando los cuidados a largo plazo a nivel mundial, no solo en términos del cuidado sino también en términos de política pública, es decir, la forma en la cual los gobiernos y agencias gubernamentales están asumiendo la planificación, integración y financiación de los cuidados a largo plazo. Posteriormente, el análisis se centró en la importancia que tiene saber cómo se están entendiendo y asumiendo esos cuidados a largo plazo en Colombia, y cuál es el estado actual de estos en términos de políticas públicas, dónde a través de la realización de las entrevistas semiestructuradas fue posible contrastar diferentes realidades alrededor del cuidado a largo plazo del adulto mayor, y la identificación de expectativas que poseen las sociedades modernas alrededor del cuidado, la vejez y las necesidades de largo plazo. De esta forma, la metodología propuesta busco hacer una simbiosis de métodos los cuales están íntimamente ligados para la maximización de la calidad de la información que en ambos se obtuvo. A continuación, se detallará el procedimiento utilizado tanto para la recolección de las dos fases descritas.

1.3.1 Fase 1: Revisión bibliográfica

Para que el estudio tuviera un proceso ordenado, y para obtener con un contexto más amplio que orientara la comprensión del tema a analizar, se utilizó la revisión bibliográfica de documentos, artículos y textos académicos alrededor de cuidados a largo plazo como fuente de información. En

este ejercicio de revisión bibliográfica, para lograr una buena saturación, pero a la vez mantener la calidad de los textos, se seleccionaron buscadores y las palabras clave para la exploración. En cuanto a los buscadores, se utilizaron los académicos, repositorios y bases de datos como: Google Scholar, Scopus, LILACS, PubMed. Además, se utilizó el buscador del servicio de bibliotecas de la Universidad de los Andes, el cual brindó la posibilidad de acceder a múltiples bases de datos como Springer, Jstore, y Thomson Reuters.

Una vez se inició la búsqueda, lo primero que se hizo fue elegir las palabras clave a partir de las cuales se iba a realizar esta exploración primaria. La búsqueda se hizo tanto en inglés como en español. Por ello, se llevó a cabo dos búsquedas separadas, una con el identificador “cuidados a largo plazo” y la otra con el término “Long term care”. Con el fin de acotar la lista se aplicaron dos filtros importantes. El primero fue un filtro temporal: se escogieron solo las publicaciones de 2010 en adelante, con el fin de mantener la narrativa más extendida y utilizada de manera reciente alrededor de los cuidados a largo plazo. Un segundo filtro fue aplicado alrededor del tipo de publicación: se mantuvieron, por un lado, los textos de entidades como la ONU, la OMS, la Cepal etc., las cuales son autoridades que fomentan, coordinan y refuerzan lineamientos desde el orden internacional para ser acogidos por los países miembros. Por otro lado, en cuanto a los textos académicos, se filtraron textos publicados en revistas indexadas, lo cual implica que pasaron por una revisión de pares, y que su contenido es el resultado de un método riguroso.

Posteriormente, se aplicó un último filtro en la búsqueda en ambos idiomas para que, se especificaran en adultos mayores. En español se realizó una búsqueda con palabras como “vejez” y “envejecimiento”, mientras que en inglés se utilizaron buscadores como “elderly”, “aged”, “ageing” y “aging”. A partir de esta búsqueda se encontraron 60 textos. Para el análisis de estos, primero se hizo una clasificación básica de los lugares de donde provenían y se realizó la revisión a 38 de ellos, por la especificidad de la temática.

Una vez se contó con el material a analizar, se procesó primero por una matriz de reconocimiento para catalogar y sistematizar cada uno de los archivos. Para esto se realizó una lectura extensiva que permitiera extraer las primeras categorías más generales: financiamiento, cuidados específicos, problemas de los cuidados de largo plazo, recomendaciones para un sistema de cuidados a largo plazo, familia e institucionalización. Una vez se completó la matriz, se realizó la codificación de

todos los documentos por medio del uso de software de procesamiento de datos cualitativos. Esto permitió la organización conceptual necesaria para lograr redactar de forma juiciosa y ordenada los resultados de la revisión bibliográfica.

De este modo, se logró contar con suficiente información y un contexto más amplio sobre los cuidados a largo plazo del adulto mayor, información indispensable para organizar el proceso de investigación, especialmente fortaleció el proceso del diseño de los instrumentos para la realización de las entrevistas, a través de los cuales se recopiló la información a nivel nacional.

1.3.2. Fase 2: Entrevistas Semiestructuradas

Una vez recuperada la información mencionada a través del análisis de los documentos, se procedió con la programación y realización de las entrevistas. A través del muestreo por conveniencia como técnica del muestreo no probabilístico, y a juicio del investigador, se realizó una selección de seis expertos a partir de dos condiciones: el perfil y la disponibilidad. En cuanto al perfil se buscaban dos en específico: Por un lado, personas que estuviesen o hayan estado involucradas en el cuidado de largo plazo a adultos mayores en primera línea, es decir que trabajaran en instituciones que prestan servicios relacionados al cuidado a largo plazo. Esto era importante para poder obtener información de primera mano sobre las necesidades y retos que se tiene en la práctica de los cuidados a largo plazo en Colombia. El segundo, relacionado con personas que, de una u otra forma, fuesen influyentes en la elaboración de política pública, bien sea por su conocimiento técnico y su visibilidad y legitimidad en la comunidad médica, o bien sea porque ocupan un cargo público o privado en donde sus funciones le permiten influir en la política pública de vejez y cuidado. Es importante tener en cuenta que los perfiles no son excluyentes y que 3 de los seis entrevistados cumplen con ambos perfiles.

Más allá de los perfiles requeridos, inevitablemente el acceso a ellos estaba restringido por temas de disponibilidad, teniendo en cuenta que, en tiempos de pandemia, todo trabajo relacionado con el cuidado de la vejez se ha vuelto mucho más exigente y demandante. Finalmente se logran entrevistas con seis personas. Por un lado 4 representantes de instituciones de cuidado del adulto mayor ubicadas en diferentes ciudades de Colombia: Fundación Amparo de Ancianos San José en Pasto (Entidad Diocesana público privada), Hospital Geriátrico San Miguel en Cali (Entidad Pública ESE primer nivel de atención de baja complejidad), Hábitat en Medellín (Entidad

Privada) y Centro de Bienestar San José en Pereira (Entidad Religiosa público privada). Las otras dos entrevistas se realizaron al Grupo Gestión Integral en Promoción Social de la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social, y a un miembro de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría.

Estas entrevistas se aplicaron en octubre de 2020, con duración promedio de una hora cada una debido a la profundidad de los cuestionarios (Anexo 2- Anexo 7). A cada entrevistado se aplicó un grupo de preguntas seleccionadas de acuerdo con su profesión, experiencia laboral y su relación con los cuidados a largo plazo. Es importante mencionar que, este instrumento fue construido a partir de la revisión bibliográfica previamente realizada, razón por la cual se dividió en 3 grandes temas: Preguntas alrededor de la situación general de los cuidados a largo plazo en Colombia, preguntas específicas sobre situaciones importantes que se evidenciaron en la revisión bibliográfica (el rol de la familia en el cuidado y los efectos de la pandemia) y por último, preguntas alrededor de las oportunidades de mejora en la situación de los cuidados a largo plazo en Colombia.

Es relevante aclarar que, si bien se había planeado hacer las entrevistas de forma presencial, lo cual implicaba visitar en los casos específicos las instituciones de cuidado a largo plazo que representaban los entrevistados para hacer una observación participante que ayudara a contextualizar la entrevista, estas no pudieron realizarse así debido a las restricciones y protocolos de bioseguridad por el estado de emergencia a causa de la pandemia COVID-19, señalada en su momento por la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, prorrogada por las Resoluciones 844 y 1462 de 2020 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. En este sentido, 5 entrevistas se realizaron de manera virtual y una de ellas se realizó vía cuestionario escrito (MSPS, 2020).

Una vez realizadas las entrevistas, se procedió con la transcripción de los audios a texto. Para realizar el procesamiento de la información se realizó codificación de los documentos por medio del uso de software de procesamiento de datos cualitativos. La codificación se realizó de forma mixta: gran parte de las categorías se dieron a priori a partir de las categorías levantadas en la revisión bibliográfica. Sin embargo, también se dejó el espacio abierto para que nuevos códigos y categorías que emergieran a medida que se fueran procesando los documentos, teniendo en cuenta las realidades contextuales del cuidado a largo plazo en Colombia. Las categorías que emergieron

estaban más relacionadas a información contextual concreta, como lugares o temas como la estampilla del adulto mayor que es recurrente en las entrevistas. La codificación de cada uno de los textos tenía como objetivo esencial identificar las relaciones entre los elementos empíricos y los elementos teóricos de forma más clara.

Este procedimiento permitió obtener información sobre la manera como se están entendiendo y atendiendo los cuidados a largo plazo del adulto mayor en Colombia, permitiendo así identificar las debilidades del sistema, y fortalecer las propuestas como insumo para los hacedores de política.

1.3.3. Consideraciones éticas

Dado que es un estudio sensible, y por las condiciones laborales actuales del investigador, se hace necesario aclarar aquellas situaciones de carácter ético que alejan el análisis de cualquier tipo de conflicto de interés.

En ese sentido, existen dos tipos de consideraciones éticas que son importantes hacer explícitas. Por un lado, se encuentran las consideraciones en términos metodológicos. Si bien, se procuró una construcción juiciosa de la metodología, es importante tener la claridad sobre las limitaciones generales de una investigación cualitativa. En este sentido, y dado que, la investigación es un proceso interpretativo que depende en gran medida de la sensibilidad del investigador tanto a los datos como a los significados, (Universidad del Norte, 2015), existe el riesgo de interpretaciones sesgadas las cuales, no solo le atañen a este tipo de investigación, sino en general a cualquiera tipo de investigación interpretativa. En esos términos, se procuró tanto en la construcción de los instrumentos como en la forma en la que se llevó a cabo el análisis de la información, reducir toda posibilidad de intervención de los sesgos personales en el resultado final.

De otra parte, existen las consideraciones éticas personales. Actualmente, existe un vínculo laboral con el Ministerio de Salud y Protección Social, sin embargo, se debe precisar que la motivación para realizar esta investigación no tiene intenciones de tipo político, ni económico, como tampoco laboral, razón por la cual el resultado no va a ser directamente influenciado por las labores profesionales de la investigadora. Las actividades propias del cargo son ejecutadas desde la Dirección de Financiamiento Sectorial, sin tener esta dependencia la competencia para definir políticas sobre la temática específica de la investigación.

Con este estudio, se pretende hacer un análisis honesto, que sirva de insumo para la generación de un sistema que procure el bienestar de un grupo vulnerable de población y que promueva un envejecimiento saludable en todas sus formas. En caso de generarse esta política, la misma no estará bajo la responsabilidad propia de la investigadora dentro del Ministerio. De ser necesario, se adjuntará certificación laboral con funciones como evidencia (Sampieri, 2014).

Finalmente, previo a la aplicación de la entrevista el investigador se aseguró que, los participantes firmaran el consentimiento informado aprobado por el comité de ética. Esta actividad estuvo acompañada de grabaciones de audio y video de acuerdo con cada caso, esto por la situación por la que atraviesa el país por la pandemia COVID-19. Es importante mencionar que no se tuvo previsto ningún tipo de incentivo a los entrevistados, por lo cual todos lo hicieron de manera libre y autónoma, con la oportunidad de detener la grabación o de no responder alguna pregunta en el caso de que no se sintieran cómodos.

Lo anteriormente expuesto, permitió obtener información sobre la manera como en Colombia se están percibiendo los cuidados a largo plazo del adulto mayor, así como se están abordando desde el nivel internacional, información relevante para realizar las recomendaciones.

2. Resultados

De acuerdo con las dos fases a partir de las cuales se planteó la metodología, este capítulo presentara por separado los resultados de cada una de ellas a partir de las cuales se desarrolló esta investigación. Primero se exponen los resultados de la revisión bibliográfica, los cuales son presentados a partir de los temas más relevantes y frecuentes encontrados en esta revisión. Estos resultados se priorizaron a partir de un procesamiento de la información con un software de análisis de datos cualitativos, el cual permitió identificar tendencias de los temas recurrentes y las perspectivas más importantes encontradas en la literatura con relación a los cuidados a largo plazo de los adultos mayores.

Posteriormente se exponen los resultados de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los expertos. De la misma forma que con la revisión bibliográfica, los resultados de esta fase son presentados a partir del procesamiento de las transcripciones de las entrevistas por medio de un

software de análisis de datos cualitativos, lo cual permitió identificar perspectivas y preocupaciones en común en buena parte de los entrevistados.

2.1. Resultados de la revisión bibliográfica

La literatura alrededor de los cuidados a largo plazo en adultos mayores proviene principalmente de tres fuentes: La primera vertiente proviene de asesores, hacedores, o implementadores de política pública, quienes procuran sentar bases o lineamientos para políticas integrales del cuidado en la vejez (Barczyk et al., 2019) (Daly, 2018) (Hlebec et al. 2019) (Le Bihan et al. 2019) (Lehning et al., 2010) (WHO, 2002) (WHO, 2015) (OMS, 2015) (OECD, 2020) (OCDE, 2017).

La segunda, es aquella literatura que proviene desde la enfermería y gerontología como disciplinas, que sobre todo, retratan experiencia de primera mano en el cuidado de adultos mayores que requieren cuidados a largo plazo (Naschitz, 2016) (Acello, 2015) (Acello, 2014) (Domínguez et al., 2019) (Bernes, 2018) (Bell et al., 2016) (Bergmann et al., 2020) (Domínguez et al.; 2018) (Kar, 2015) (Schulz et al., 2020); y finalmente, está la literatura proveniente de la economía y de entidades aseguradoras, las cuales plantean el problema del financiamiento del cuidado a largo plazo y de la carga fiscal que este implica tanto para los sistemas de salud como para las familias de pacientes que requieren cuidados a largo plazo (Boyer et al., 2020) (Costa-Font et al., 2020) (Klimaviciute et al., 2020) (Le Bihan et al., 2020) (Lin et al., 2020) (Song et al. 2020) (Sun, 2020) (Yakita, 2020).

En términos de las fuentes de información, de los textos y los contextos estudiados, se encuentran por un lado los textos generados por la OECD, la CEPAL y la WHO, los cuales tratan el tema a un nivel más general (WHO, 2002) (WHO, 2015) (OMS, 2015) (OECD, 2020) (OCDE, 2017), quienes definen grandes lineamientos a considerar en el momento de plantear cualquier estrategia relacionada a cuidados de largo plazo para adultos mayores. Gran parte de la literatura se concentra en la experiencia europea, la cual ha sido heterogénea entre los países y en donde el sistema del cuidado se ha desarrollado desde los programas de asistencia social más que de los sistemas de salud (Barczyk et al., 2019) (Bergmann et al., 2020) (Daly, 2018) (Domínguez et al. 2018) (Hlebec et al. 2019) (Le Bihan et al. 2019) (Schulz et al., 2020) (Costa-Font, 2019) (Hall et al., 2011) (Krauss et al., 2011) (Nies et al., 2013) (Nagode et al., 2019).

De otro lado, se encuentra en gran medida literatura estadounidense (Amanda et al., 2010) (Barczyk et al., 2019) (Harris-Kojetin et al. 2013) (Khatutsky et al. 2019) (Lehning et al., 2015), así como literatura asiática (Wu et al.2014) (Tak et al. 2019) (Ponnuswami et al., 2019) (Lin et al., 2020) (Song et al. 2020) (Sun, 2020) (Yakita, 2020). En ambas, la literatura gira alrededor del reto del financiamiento de los cuidados a largo plazo. En especial en la norteamericana se encuentra un énfasis del reto del Estado en suplir la demanda de cuidado a largo plazo.

En menor medida, se encuentran textos sobre Latinoamérica (Huenchuan,2018) (Minsalud, 2016) (Bloeck et al.2019), quienes definen la necesidad de asumir las brechas en acceso a cuidado a largo plazo por parte de los adultos mayores de la región, pero, además de procurar que la asimilación del costo no fuese asumida específicamente por la familia o al menos no en su totalidad.

2.1.2. El cuidado a largo plazo y sus dimensiones.

Frente al contenido de la bibliografía, lo primero que se identifica es una definición de los cuidados a largo plazo y de las dimensiones que estos incluyen. Desde la década de los 2000's, se encuentran definiciones que incorporan diversos servicios en el marco del cuidado: "El cuidado a largo plazo comprende un conjunto de servicios prestados durante un período de tiempo sostenido a personas que carecen de algún grado de capacidad funcional. En otras palabras, el cuidado a largo plazo es la ayuda necesaria para hacer frente, y en ocasiones para sobrevivir, cuando las discapacidades físicas y cognitivas afectan la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, como comer, bañarse, vestirse, ir al baño y caminar" (Grabowski,2008 p. 59).

Adicionalmente, se procura incorporar múltiples ámbitos del cuidado, más allá del cuidado físico: "El cuidado a largo plazo se describe con mayor precisión como un trabajo de diferentes servicios y proveedores de atención, en lugar de un sistema comprensivo. El cuidado a largo plazo incluye atención institucional (por ejemplo, cuidado de enfermería en el hogar), servicios en el hogar (por ejemplo, auxiliares de salud en el hogar), atención comunitaria (incluida la atención de salud diurna para adultos) y apoyos materiales (por ejemplo, sillas de ruedas y otros dispositivos de asistencia (Ikegami & Campbell, 2002). La atención a largo plazo también incluye la asistencia

informal de familiares y amigos que proporcionan la mayor parte de la atención a los adultos mayores” (Lehning et al., 2010 pp.44).

Finalmente, se encuentra que, en las definiciones alrededor del cuidado a largo plazo se procura incorporar las diferentes fuentes desde la cuales se provee el cuidado: “Muchas personas todavía asocian la Long Term Care principalmente con la atención en hogares residenciales, pero es mucho más que eso. Más usuarios del cuidado a largo plazo reciben atención en el hogar que en instituciones (Colombo et al., 2011). Los cuidadores informales son la columna vertebral del sistema de cuidado a largo plazo (Triantafillou et al., 2010). Sin este importante recurso, los sistemas de asistencia sanitaria y social en Europa no podrían funcionar como lo hacen ahora. Como consecuencia, las conexiones entre estos sistemas formales y los recursos del cuidado informal aún no se han convertido en un sistema integrado de cuidado a largo plazo”.

En este sentido, se encuentra entonces que la visión actual del cuidado a largo plazo, tanto desde la academia como desde la práctica de la política pública, es multidimensional e interseccional (McSweeney-Feld et al., 2017) (Flores et al., 2014) (Naschitz, 2016) (Lehning et al., 2010) (Huenchuan,2018) (Tak et al. 2019). Esto implica que son múltiples factores físicos, ambientales, sociales y económicos los que afectan no solo la salud de las personas de la tercera edad, sino sus necesidades en términos de cuidado. Es clave entonces tener como orientación esta lectura del cuidado, en la medida en que permite en la toma de decisiones, una alineación más acertada de las necesidades reales de un mundo complejo e interconectado (Hall et al., 2011) (WHO, 2015) (Nies et al., 2013) (Lehning et al., 2010) (Huenchuan,2018) (OCDE, 2017) (Barczyk et al., 2019) (Bernes, 2018) (Daly, 2018) (Domínguez et al.2018) (Kar,2015) (Le Bihan et al.2019) (WHO,2002).

2.1.3. Los cuidados a largo plazo a partir de necesidades

Ahora bien, en la literatura más específica se identifican diversas necesidades de los adultos mayores que deben ser cubiertas en términos de cuidados a largo plazo y que deben ser tenidas en cuenta a la hora de planear estos cuidados de manera general como específica. Estas necesidades se dividen en tres grandes categorías: Físicas-médicas, sociales y psicológicas

2.1.3.1. Necesidades físico-médicas

Se describen como aquellas que se relacionan de forma directa a las patologías que obligan a los pacientes de la tercera edad a demandar cuidados a largo plazo como se mencionan:

1. Atención multidisciplinaria para comorbilidades: Teniendo en cuenta las enfermedades y comorbilidades más comunes en los adultos mayores y que se relacionan a cuidados a largo plazo muchas veces no son tratados de forma efectiva o no son tratados en lo absoluto (Hall et al., 2011) (Flores et al., 2014) (Bell et al., 2016) (Wu et al.2014); existe una necesidad de contar con un buen grupo de especialistas como geriatras, oncólogos, cardiólogos, clínicos en cuidados paliativos, farmacólogos, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, terapeutas de lenguaje, enfermeros especializados y hasta autoridades religiosas (Hall et al., 2011) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Naschitz, 2016) (Huenchuan,2018) (Minsalud,2016) (Van Malderen et al., 2013) (Bell et al., 2016) (Bergmann et al., 2020).

2. Soporte respiratorio: En términos de infraestructura clínica, el soporte respiratorio es uno de los más requeridos en los espacios donde se cuidan adultos mayores (McSweeney-Feld et al., 2017) (Flores et al., 2014) (Bell et al., 2016).

3. Control farmacológico del dolor crónico: Un elemento importante es el tema del dolor crónico, que se ha comprobado posee relación con una buena parte de las enfermedades que requieren cuidados a largo plazo. No solo se debe tener en cuenta la incomodidad que produce el dolor crónico, sino también las consecuencias que posee a largo plazo el mal manejo del dolor (Hall et al., 2011) (Flores et al., 2014) (Bell et al., 2016) (Wu et al.2014).

4. Ayudas para pacientes con pérdida de visión: Otro ámbito que obliga el cuidado a largo plazo en un paciente es una restricción en la visión, lo cual genera la necesidad de elementos específicos para la navegación en cualquier espacio (material en Braille, indicadores sonoros, perro lazarillo etc.) (Naschitz, 2016) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Naschitz, 2016) (Huenchuan,2018) (Minsalud,2016) (Van Malderen et al., 2013) (Bell et al., 2016) (Bergmann et al., 2020).

5. Ayuda para pacientes con pérdida de audición: De la misma forma, hay requerimientos especiales para la pérdida de audición (audífono, alertas visuales), patología común en los

adultos mayores (Naschitz, 2016) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Naschitz, 2016) (Huenchuan,2018) (Minsalud,2016) (Van Malderen et al., 2013) (Bell et al., 2016) (Bergmann et al., 2020).

6. Ayuda para movilidad limitadas: una tercera patología preponderante en los adultos mayores que requieren cuidados a largo plazo es el hecho de que la movilidad del cuerpo se ve muchas veces limitada por diversas razones, lo cual genera la necesidad de caminadores, bastones, sillas de ruedas, ascensores especiales y asistentes de movilidad (McSweeney-Feld et al., 2017) (Flores et al., 2014) (Bell et al., 2016).

7. Control farmacológico para enfermedades mentales: La ansiedad, depresión, agitación y el delirio son las enfermedades mentales más usuales. Si bien requiere ante todo un control psicológico, es probable que se necesite un apoyo farmacológico (Hall et al., 2011) (Nies et al., 2013) (Flores et al., 2014) (Lehning et al., 2010) (OCDE, 2017) (Bell et al., 2016) (Bergmann et al., 2020) (Wu et al.2014).

8. Tecnología para la detección y diagnóstico de enfermedades: Un factor clave es el constante monitoreo para el diagnóstico de nuevas enfermedades o efectos secundarios a las patologías. Para ello es esencial introducir las nuevas tecnologías (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Flores et al., 2014) (Lehning et al., 2010) (Naschitz, 2016) (Barlow et al., 2007) (Bernes, 2018) (Daly, 2018).

9. Ambientes seguros en términos de prevención de caídas: Hay una necesidad de identificar los riesgos a los cuales se ve expuesta una persona que necesita cuidados a largo plazo en casa. Temas como el de las caídas es esencial para la prevención, ya que minimizando estos riesgos prevenibles se puede garantizar mayor calidad de vida para los adultos mayores y sus cuidadores (Hall et al., 2011) (Naschitz, 2016) (Nagode et al., 2019) (Lehning et al., 2010) (Barczyk et al., 2019) (Bell et al., 2016).

10. Atención de cuidado oral: Uno de los factores en los que algunos de los adultos mayores pierden interés es el cuidado bucal, por lo cual se vuelve necesaria a revisión constante de su salud oral (WHO, 2015) (Acello, 2015).

11. Monitoreo constante control: Debe existir disposición de servicios preventivos y detección precoz, en especial de prevención de úlceras en la cama, vendaje de heridas si es necesario, medición de la presión arterial, análisis periódicos de laboratorio, autoexamen de seno entre otros (WHO, 2015) (Naschitz, 2016).

12. Asistencia para actividad física: El ejercicio físico es esencial para mantener las capacidades motoras y cognitivas, por lo cual es esencial una asesoría profesional (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Naschitz, 2016) (Huenchuan, 2018).

13. Ayuda con el cuidado personal: En casos extremos de deficiencias físicas o cognitivas, los pacientes necesitan ayuda con el baño, para vestir, y en el cuidado de las uñas (Hall et al., 2011) (Acello, 2015) (Lehning et al., 2010).

14. Cuidado nutricional y alimentaria: El cuidado de la nutrición es un elemento vital para la prevención de enfermedades y para evitar que se empeoren las condiciones ya existentes. Esto no solo implica una planeación especificada para cada paciente, sino también ayuda para la preparación y la compra de los alimentos y la alimentación asistida (Naschitz, 2016) (Bergmann et al., 2020).

15. Control profesional de antibióticos: El cuidado con antibióticos es un factor esencial en el cuidado de largo plazo teniendo en cuenta la inclinación a presentar infecciones de cualquier tipo. El manejo de antibióticos debe ser controlado y especificado para el paciente (Naschitz, 2016).

16. Preparación para cualquier urgencia: En cuanto a las urgencias y emergencias más comunes que presentan los adultos mayores están: eventos coronarios agudos, tratamiento de emergencia de arritmias cardíacas, reanimación cardiorrespiratoria, disnea, insuficiencia respiratoria, edema pulmonar, anafilaxia, trombosis venosa y embolia pulmonar, urgencias y emergencias hipertensivas, síncope, mareos, daño renal agudo, convulsiones, estado de coma, y estado de conciencia mínima, ictus, abdomen agudo, hipertermia, SNM³, síndrome serotoninérgico, brotes en el lugar donde se da el cuidado a largo plazo (Naschitz, 2016) (Bell et al., 2016)

³ Síndrome Neuroléptico Maligno

2.1.3.2. Necesidades sociales

Definidas como aquellas interacciones inevitables que proporcionan bienestar de las personas dentro de un entorno y contexto social, encontrándose en la literatura se encuentran las siguientes:

1. Involucramiento de la familia en el cuidado del paciente: Es necesario involucrar de la familia en el tema del cuidado de los adultos mayores. Sin embargo, este no debería recaer exclusivamente en la familia, sino que se debe plantear un acompañamiento de grupos interdisciplinarios, con el fin de que la familia se involucre sin sentir toda la carga, lo cual puede causar el efecto de que abandonen al adulto mayor ante la incapacidad que parece su cuidado (Hall et al., 2011) (WHO, 2015) (Nies et al., 2013) (Lehning et al., 2010) (Huenchuan,2018) (OCDE, 2017) (Barczyk et al., 2019) (Bernes, 2018) (Daly, 2018) (Domínguez et al.2018) (Kar,2015) (Le Bihan et al.2019) (WHO,2002).

2. Contacto constante con su comunidad y con sus pares: Los estudios sobre el apoyo social como determinante de la salud de las personas mayores concluyen que, el apoyo social retrasa el deterioro cognitivo, la aparición de la demencia y la progresión de la discapacidad (tanto mental como física) (WHO, 2015) (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Flores et al., 2014) (Naschitz, 2016) (Nagode et al., 2019) (Lehning et al., 2010) (Van Malderen et al., 2013) (Barczyk et al., 2019) (Bernes, 2018) (Domínguez et al.2018) (Kar,2015) (Le Bihan et al.2019) (Wu et al.2014).

3. Redes de apoyo emocional: El aislamiento y la soledad pueden ser factores de complicaciones para los adultos mayores, por lo cual, un cuidado integral debe procurar evitar estas situaciones a los adultos mayores (WHO, 2015) (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Huenchuan,2018) (Tak et al. 2019).

4. Comunicación fluida con cuidadores: Es clave mantener una comunicación clara, honesta y respetuosa entre personal médico, paciente y su familia. (Nies et al., 2013). Se abordan tres áreas principales de comunicación: (1) comunicación con el paciente y los cuidadores, (2) comunicación dentro del equipo interdisciplinario y (3) comunicación con otros proveedores (McSweeney-Feld et al., 2017) (Naschitz, 2016) (Malzahn-Mclaren,2015) (Minsalud,2016).

5. Reconocimiento de singularidades: Es clave la comprensión de la diversidad cultural, religiosa e ideológica del paciente a la hora de plantear su plan de cuidado (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Flores et al., 2014) (Lehning et al., 2010) (Huenchuan,2018) (Minsalud,2016). La perspectiva de género es clave, pues las necesidades del adulto mayor varían mucho de acuerdo con el género. Esto involucra también las experiencias trans, quienes han pasado por procesos corporales específicos (WHO, 2015) (Flores et al., 2014) (Lehning et al., 2010) (Huenchuan,2018).

6. Prácticas constantes que lo relacionen con sus creencias espirituales o religiosas: En situaciones de cuidado a largo plazo es probable que los adultos mayores acudan a sus creencias religiosas o espirituales para significar su experiencia (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Flores et al., 2014) (Lehning et al., 2010) (Huenchuan, 2018).

7. Garantizar todos los derechos humanos a los adultos mayores: El enfoque en los derechos humanos de los pacientes debe ser el hilo conductor para definir cualquier plan de cuidado a largo plazo (WHO, 2015) (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Flores et al. , 2014) (Naschitz, 2016) (Nagode et al., 2019) (Lehning et al., 2010) (Huenchuan,2018) (Van Malderen et al., 2013) (Barczyk et al., 2019) (Bergmann et al., 2020) (Domínguez et al.2018) (Tak et al. 2019).

8. Acceso a medios de comunicación: El contacto con el mundo externo es clave para la mantención de las habilidades sociales y cognitivas (WHO, 2015) (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Flores et al., 2014) (Naschitz, 2016) (Nagode et al., 2019) (Lehning et al., 2010) (Van Malderen et al., 2013) (Barczyk et al., 2019).

9. Acceso a actividades de recreación: La incorporación de ejercicios físicos con contacto social resulta útil para el mantenimiento de los lazos sociales adultos mayores (McSweeney-Feld et al., 2017) (Naschitz, 2016) (Bell et al., 2016).

2.1.3.3. Necesidades psicológicas

Relacionadas con la autonomía, la competencia y las relaciones con los demás, específicas para los adultos:

1.Tratamiento para adicciones: Los adultos mayores que poseen algún tipo de adicción necesitan, además de los cuidados esenciales, el apoyo para el manejo de la adicción (WHO, 2015) (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Huenchuan,2018) (Minsalud,2016) (Barlow et al., 2007) (Bell et al., 2016).

2.Tratamiento psicológico para pacientes con dolores crónicos: El dolor crónico implica no solo una afectación a nivel físico sino a nivel psicológico, desencadenando cuadros de ansiedad, depresión e incluso intentos de suicidio (WHO, 2015) (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Huenchuan,2018) (Minsalud,2016) (Barlow et al., 2007) (Bell et al., 2016).

3.Tratamiento psicológico para pacientes con enfermedades mentales: La ansiedad, depresión, agitación y delirio son las enfermedades mentales más comunes en los adultos mayores (Hall et al., 2011) (Nies et al., 2013) (Flores et al., 2014) (Lehning et al., 2010) (OCDE, 2017) (Bell et al., 2016) (Bergmann et al., 2020) (Wu et al.2014).

4. Acompañamiento psicológico para la familia: Involucrar de forma efectiva y adecuada a la familia en el cuidado de los adultos mayores, es clave dotar a la familia de capacidades y recursos para el cuidado (OMS, 2015) (Nies et al., 2013) (Lehning et al., 2010) (Huenchuan,2018) (OCDE, 2017) (Barczyk et al., 2019) (Bernes, 2018) (Daly, 2018) (Kar,2015) (Le Bihan et al.2019) (WHO,2002).

5. Sensación de privacidad e independencia: La pérdida de independencia física y cognitiva causa en muchos casos, el sentimiento de pérdida de dignidad en los adultos mayores, prioridad a la hora de plantear los cuidados a largo plazo (Hall et al., 2011) (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Naschitz, 2016) (Huenchuan,2018) (Barlow et al., 2007) (Bell et al., 2016) (Domínguez et al.2018) (Kar,2015) (Tak et al. 2019).

6. Atención psicológica para adultos mayores que han sufrido de abusos físicos, psicológicos y/o sexuales: La negligencia, el maltrato, y el abuso son también causales para necesidad de cuidados a largo plazo, por lo cual se debe tener una especial atención con los adultos mayores que hayan sido abusados y maltratados (Naschitz, 2016) (Huenchuan,2018) (Bell et al., 2016) (Bernes, 2018).

7. Posibilidad de ser atendidos en casa en lugares percibidos por ellos como seguros y familiares: En la mayoría de los casos los adultos mayores prefieren vivir en casa, obviamente en la medida de las posibilidades (Hall et al., 2011) (WHO, 2015) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Flores et al., 2014) (Nagode et al., 2019) (Lehning et al., 2010) (Huenchuan,2018). En el caso del cuidado en casa, es necesario dar unas pautas generales para las situaciones más comunes a las cuales se puede enfrentar quien ejerza el cuidado (WHO, 2015) (Naschitz, 2016) (Nagode et al., 2019) (Lehning et al., 2010) (Daly, 2018).

9. Reconocimiento del paciente como actor activo y no pasivo en su propio cuidado: Se debe entender al paciente como actor activo y no pasivo. Esto implica darle autonomía e incluirlo como auto prestador de cuidado (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Flores et al., 2014) (Naschitz, 2016) (Lehning et al., 2010) (Bell et al., 2016) (Tak et al. 2019). Se debe procurar darle al adulto mayor la autonomía para la toma de decisiones sobre su salud. Para definir el nivel de autonomía y la capacidad de toma de decisiones sobre su propia salud, es clave hacer un peritaje integral del adulto mayor (Naschitz, 2016) (Huenchuan,2018) (Minsalud,2016).

10. Actividades que estimulen el ámbito cognitivo: El deterioro cognitivo en los adultos de la tercera edad es normal, sin embargo, es importante retrasar ese deterioro por medio de ejercicios mentales (WHO, 2015) (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Flores et al., 2014) (Naschitz, 2016) (Nagode et al., 2019) (Lehning et al., 2010) (Van Malderen et al., 2013) (Barczyk et al., 2019).

2.1.4. Retos y perspectivas del cuidado a largo plazo

Ahora bien, además de definir los cuidados a largo plazo, algunos textos se remiten al contexto del envejecimiento demográfico (WHO, 2015) (Huenchuan, 2018) (OCDE, 2017) (Bernes, 2018) como una de las principales causales de necesidad de organizar el cuidado a largo plazo en las sociedades contemporáneas. Se argumenta que, a medida que aumenta tanto el número de adultos mayores como la expectativa de vida en buena parte de las sociedades (OCDE, 2017), la demanda de cuidados a largo plazo por parte de adultos mayores aumentará sustancialmente (WHO, 2015) (OMS, 2015) (OECD, 2020).

Se plantea entonces que, a medida que las personas envejecen, es más probable que desarrollen discapacidades y necesiten el apoyo de la familia, los amigos y los servicios de atención a largo plazo (Huenchuan, 2018). Esta idea se justifica con el hecho de que, quienes más presentan patologías que llevan a la necesidad de cuidados a largo plazo a diversos niveles son los mayores de 65 años (Hall et al., 2011) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Naschitz, 2016) (Huenchuan, 2018) (Minsalud, 2016) (Van Malderen et al., 2013) (Bell et al., 2016) (Bergmann et al., 2020).

A este incremento progresivo en la demanda se le suma, según la literatura, el hecho de que la provisión de los servicios es insuficiente en buena parte de los países del mundo (Hall et al., 2011) (Nies et al., 2013) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Huenchuan, 2018) (OCDE, 2017) (Bernes, 2018) (Domínguez et al. 2018) (Harris-Kojetin et al. 2013). Esto se da en parte por la dificultad de recursos para prestar cuidados tan variados con una cobertura del 100% (Hall et al., 2011) (McSweeney-Feld et al., 2017) (Lehning et al., 2010) (Naschitz, 2016) (Huenchuan, 2018) (OCDE, 2017); pero sobre todo se da por el hecho que, en primer lugar, el cuidado a largo plazo implica costos altos y en segundo lugar, en ecosistema de salud no hay claridad de que sectores asumen el costo de que servicios en específico.

A partir de estas dos necesidades, buena parte de la literatura se enfoca en plantear un plan de acción concreto que coordine el cuidado a largo plazo. Este plan debe, por un lado, incluir de forma efectiva a los diversos actores que intervienen en él. Se identifican como principales actores en la prestación de los cuidados a largo plazo: 1. Gobierno nacional y administraciones descentralizadas 2. Gobierno local 3. Reguladores legales 4. Agencias de atención social, 5. Organizaciones voluntarias y de campaña, 7. Medios de comunicación, y 8. Público en general (WHO, 2015) (OCDE, 2017).

Por otro lado, exige que los estados implementen un modelo de financiación a largo plazo para prestar estos servicios (Hall et al., 2011) (Flores et al., 2014) (Lehning et al., 2010) (Naschitz, 2016) (OCDE, 2017) (Khatutsky et al. 2019) (WHO, 2002), pues la confusión que causa la falta de regulación ha hecho que gran parte de quienes asumen los costos del cuidado sea la familia, lo cual, a largo plazo, se quiere llegar a una implementación de servicios especializados de cuidados de largo plazo en todo el sistema de atención de la salud (Hall et al., 2011) (Naschitz, 2016) (OCDE, 2017) (WHO, 2002).

Por último, en cuanto a retos, en la literatura de 2020 aparecen textos que ligan el tema de los cuidados a largo plazo con el tema del COVID-19. (Andrew et al. 2020) (Robledo, 2020) (Rolland et al. 2020). Teniendo en cuenta las nuevas restricciones en términos de movilidad y accesibilidad a ciertos servicios, en especial para adultos mayores de 65 años, quienes incurren en un mayor riesgo de contraer la enfermedad y de complicarse, estos textos se enfocan en cuales son los efectos de la pandemia en el acceso a cuidados a largo plazo.

En términos generales, los textos aclaran que, más allá de crear nuevas necesidades, la pandemia ahondó en algunos de los retos que ya existían en términos de cuidado a largo plazo. Lo más problemático ha sido definitivamente el tema de la accesibilidad (Andrew et al. 2020) (Robledo, 2020) (Rolland et al. 2020). Ya existían graves problemas en términos de facilidad para los adultos mayores de acceder a cuidados a largo plazo, independientemente del lugar en donde estos fueran prestados. Los problemas de accesibilidad se derivan no solo de la falta de personal capacitado y de lugares dedicados al cuidado a largo plazo, sino también de la dificultad desde los adultos mayores y sus familias para financiar los gastos que estos implican. El COVID-19, no solo trajo implicaciones médicas, sino efectos sociales y económicos que han agravado esta dificultad en el acceso a los servicios.

Un segundo problema derivado del COVID-19, es el hecho de que muchos espacios dedicados al cuidado han tenido que ser modificados con el fin de cumplir con los lineamientos de bioseguridad. Esto ha implicado sobre costos no solo a los sistemas de salud, sino también a los mismos individuos (Andrew et al. 2020) (Robledo, 2020) (Rolland et al. 2020).

Por lo anteriormente expuesto, se demuestra la tendencia en la literatura a enfocarse entonces en los retos que se deben sortear para responder efectivamente ante las necesidades actuales como a las futuras en términos del cuidado a largo plazo. Por ello, a partir de la revisión bibliográfica se identifican una serie de recomendaciones específicas que sirven no solo para la generación de políticas del cuidado y la vejez, sino, para la implementación de políticas a diversos niveles.

2.2. Resultados de la aplicación de entrevistas semiestructuradas

Para obtener la información relevante de la manera como en Colombia se están percibiendo y prestando los servicios de cuidado a largo plazo, y a partir del contexto obtenido de la revisión bibliográfica, se diseñaron los instrumentos que fueron aplicados a 6 expertos, logrando datos importantes para el estudio.

Es así como los expertos entrevistados coinciden en afirmar que, en Colombia se habla de cuidados a largo plazo como un tema desatendido, dentro de un sistema de cuidados incipiente. El país cuenta actualmente con una política de envejecimiento y vejez y; adicionalmente, con la reciente adopción de la “Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos de los Adultos Mayores” el pasado mes de septiembre de 2020 a través de la expedición de la Ley 2055, se abre una oportunidad para reglamentar los cuidados a largo plazo, dado que en la política de vejez no se evidencia un abordaje integral para la atención de estas necesidades y la cual tiene un bajo nivel de coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales, además de la falta de especificidad de la entidad del estado que por competencia debería atenderlos.

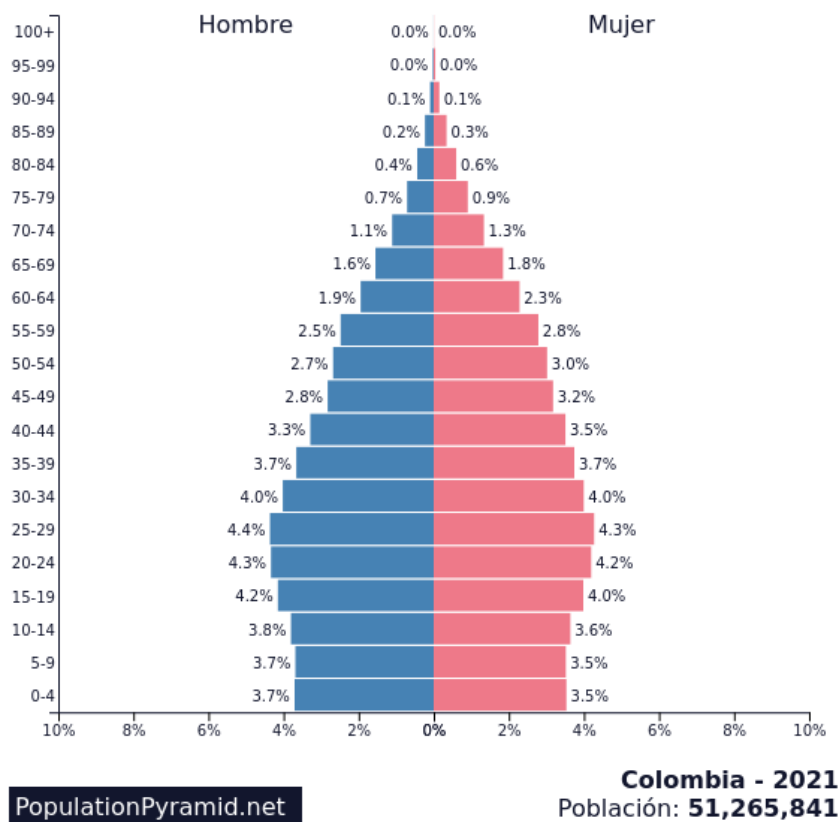
Con el propósito mostrar de forma organizada la información, se expone la misma tomando en cuenta la frecuencia de los temas identificados en la revisión bibliográfica, caracterizando por temáticas para su mayor claridad y comprensión. Adicionalmente, se muestran los resultados relevantes de las entrevistas a partir de la codificación de la información realizada en software cualitativo. Lo anterior en conjunto, aborda de manera integral tanto la percepción como la comprensión de estos cuidados:

2.2.1. Los cuidados a largo plazo dentro de la política de vejez y envejecimiento en Colombia, y la competencia para su prestación

Pese a que existe una política de envejecimiento y vejez expedida por el Minsalud en cumplimiento de los mandatos legales establecidos desde la Constitución de 1991 a la fecha, relacionados con la protección de la vejez; y un documento de lineamientos de política de cuidado expedido por el DNP en el país, no es clara aun la inclusión y definición de la prestación de los servicios de cuidado a largo plazo para los adultos mayores en ellos, provocando incertidumbre sobre el futuro de estos cuidados en Colombia.

“...en primer lugar, hay una insuficiencia del marco regulatorio nacional de los servicios de cuidado [...] si bien se viene trabajando, no hay una gobernanza ni una institucionalidad, ni un marco normativo fuerte que nos diga efectivamente como ofertar estos servicios de cuidado.” Min 22:00, Entrevistado 2.

Adicionalmente, y a la luz de la transición demográfica y cambios en la estructura familiar, el envejecimiento de nuestra población es acelerado, acentuado en los últimos tiempos en Latinoamérica y de la que Colombia no es ajena. Esta transición deja en evidencia la existencia de más personas mayores que jóvenes como se observa en la siguiente imagen, a las cuales debe procurarse un adecuado servicio de cuidados.



Fuente: <https://www.populationpyramid.net/es/colombia/2021>

De este modo, mencionada transición requiere especial atención en la medida en la que permita anticipar mecanismos o estrategias ahora, y no tener que actuar de manera reactiva posteriormente, enfrentando situaciones complejas para definir un sistema de cuidados que vincule una política específica de cuidado de largo plazo para las personas adultas mayores.

“...El estado debe estructurar una política específica de cuidado porque hoy se habla de cuidados pero muy desde la sombrilla grande de toda la política nacional de envejecimiento y vejez, pero es tal la importancia y la demanda que vamos a tener hacia el año 2050 en términos del envejecimiento poblacional, que si el estado no estructura desde ahora una clara política de cuidado de largo plazo, como la OCDE lo pide, nos vamos a ver avocados a situaciones muy complejas de respuestas” Min 55:20, Entrevistado 2.

Ahora bien, el liderazgo en el diseño e implementación de la política de vejez por mandato legal, ha recaído en el Ministerio de Salud y Protección Social, entidad que, si bien fijó un lineamiento de vejez y envejecimiento que contiene un plan de acción en ejecución desde 2014 y hasta 2024, con responsables definidos, es una política que desde la perspectiva sanitaria atiende necesidades de cuidado dentro del SGSSS, pero no especifica la responsabilidad de la atención estos cuidados desde el punto de vista social, evidenciado en que, dentro de mencionada política no se tratan los cuidados a largo plazo de manera delimitada. Esto genera un vacío frente a, si es esta entidad la que debería asumir esta responsabilidad o qué sector debería velar por su prestación, como también los mecanismos a través de los cuales se financiarían.

“... tenemos una oficina de vejez en el ministerio, con dos personas de buen corazón, pero son más de 9 millones 600 mil personas mayores de 60 años que necesitan un enfoque diferencial y que pues son temas que se deben reforzar. Tenemos planes y programas muy tímidos desde el punto de vista normativo, que no llegan a dar cubrimiento a las verdaderas necesidades de las personas en salud.” Min 25:05, Entrevistado 4.

“... se encontró también como principales problemáticas relacionadas con el cuidado de las personas de 60 años o más [...] el bajo nivel de coordinación e integración de los servicios de salud con los servicios sociales, orientados al cuidado de personas mayores.” Min 22:00, Entrevistado 2.

Del mismo modo, es importante mencionar que, si bien está definida una política, la misma no contempla una financiación específica para aquellos elementos propios del proceso de envejecimiento como los son estos cuidados, dejando en evidencia la ausencia de una entidad del estado de tipo social que se encargue de cubrir estas necesidades de cuidado, con su consecuente mecanismo de financiación.

“... porque la misma política nacional de envejecimiento y vejez nació desfinanciada [...], no tenemos una fuente clara de financiación, entonces si bien la política pública tiene un claro plan de acción que parte de aquellas buenas voluntades y de aquella oferta existente, es decir, yo como sector salud ya la tengo y pues si hay una cobertura una fuente de financiamiento [...] hay unos programas específicos como Colombia mayor que apoyan de cierta forma pero que no tienen una cobertura universal para las demandas de las personas mayores hoy en Colombia...” Min 46:15, Entrevistado 2.

Frente a la reglamentación que se ha expedido (Ley 1251, 2008), dos de los entrevistados manifestaron la importancia que tiene la expedición un Documento Conpes que recoja la política de vejez y envejecimiento humano en Colombia, sin embargo, este documento aún no se expide. De ahí que no se tenga claridad sobre sector responsable de la articulación intersectorial necesaria, ni de las fuentes para su financiación.

Cabe señalar que, al no existir una política específica por parte del Gobierno que permita atender los cuidados a largo plazo de una manera integral, surge la disyuntiva sobre qué sector debería responder por la prestación de este cuidado, tomando en cuenta que, al ser situaciones derivadas bien sea por el deterioro normal a causa del envejecimiento, o como consecuencia de un evento traumático por accidente o secuelas irreversibles por algunas patologías, no son catalogados como servicios de salud, haciendo indefinida su prestación.

“El divorcio existente entre el Sector Social y el Sector de la Salud para lograr la atención de las personas adultas mayores de manera conjunta, genera barreras...” Entrevistado 3

El sistema de salud se ha enfocado en atender asuntos agudos más que en los crónicos, cubriendo de esta manera necesidades inmediatas y disminuyendo así la capacidad de atender aquellas que son a largo plazo especialmente en los adultos mayores, lo que genera mayor tasa de retorno a los centros hospitalarios sobrecargando mucho más el sistema de salud.

“La verdad es que en nuestros países estamos acostumbrados a lo agudo. O sea, si yo tengo un paciente adulto mayor que se me fractura, se me cae, lo llevo a hospitales excelentes donde lo llevan a una cirugía, le organizan su cadera, y lo mandan a la casa, sin siquiera el haberse rehabilitado para poder hacerse su comida. [...] la persona no puede ser atendida se complica, se escara y vuelve a la institución, la institución lo sana rápidamente y vuelve a la casa a las mismas condiciones y finalmente fallece. Estos servicios de mediana y larga estancia lo que dan respuesta es tratar de que lo agudo se resuelva.” Min 15:15, Entrevistado 1

2.2.2. *La demanda y la oferta de cuidados a largo plazo*

Esta desarticulación entre los aspectos relacionados con la prestación de servicio de salud y los aspectos sociales, no le han permitido al Estado prepararse para atender la creciente demanda que estos cuidados provocan, dado por el acelerado proceso de envejecimiento como se ha mencionado, por la carencia o pérdida de la red de apoyo de los adultos mayores, o por la naturaleza de las vulnerabilidades que decantan en abandono, bien sea porque los adultos mayores son internados por su familia en centros para su cuidado de manera arbitraria sin que sea la voluntad del adulto, o porque dada una condición clínica, este adulto es hospitalizado y desamparado por su familia o grupo de apoyo en las instituciones hospitalarias.

Al dejar solos a los adultos mayores, lleva a algunos de ellos a refugiarse en las calles, expuestos a la hostilidad propia de ese ambiente, propiciando complicaciones en su estado de salud y que va a requerir mayores cuidados los cuales son asumidos por el sector salud, y de manera especial sobre el personal auxiliar en enfermería, quienes asumen el rol de cuidador como labor adicional a la asistencial.

“En el caso de Colombia no hay una oferta como tal establecida allí. Entonces, y con la ausencia de servicio social, gran parte de las demandas de cuidadores, recaen en el sector salud, como te decía, buscan es profesionales de la salud, especialmente profesionales auxiliares en enfermería, que son como los más llamados a la labor del cuidado, pero que terminan no prestando necesariamente servicios de salud...” Min 26:00, Entrevistado 2

Esto genera una saturación de los servicios de salud, con largas listas para el ingreso a instituciones públicas en las que pueda recibir los cuidados de la dependencia funcional, generando presión en el gasto para el sistema de salud al tener que pagar estos servicios por órdenes judiciales. De otro lado, los escasos recursos económicos y en algunos casos insuficiente con los que cuenta el adulto mayor, no le permite acceder a instituciones privadas provocando así una barrera para su ingreso y, por consiguiente, limita el acceso al cuidado a largo plazo.

Ahora bien, frente a la oferta desde lo público y privado, no se cuenta ni con los recursos ni la infraestructura disponible para cubrir la demanda, tampoco se dispone de un sistema de información que dé cuenta de la cantidad de instituciones que se encargan de prestar estos servicios y sin el respectivo seguimiento. Pueden existir centros que no cumplen con requisitos para prestar servicios de cuidado, carentes de adecuaciones apropiadas, exponiendo así el bienestar del adulto mayor.

“...Empieza a tener un impacto fuerte en que seguimos sin cubrir la necesidad de la oferta social si analizamos el cuidado como una función social.” Min 26:00, Entrevistado 2.

“Yo creo que nos falta mucha legislación, modelos de atención, requisitos de infraestructura en temas de calidad en los centros en Colombia [...] si uno coge la cantidad de centros que hay frente a la población que tenemos, no alcanzamos a cubrir ni una tercera parte de la población adulta mayor.” Min 8:00, Entrevistado 5.

Finalmente, es importante resaltar que, el cuidado a largo plazo se debe entender como un asunto no solamente institucional, sino que puede ser prestado también en casa y por la familia. No es imposible que el Estado asuma completamente la demanda de cuidados a largo plazo, pero si pudiera estar en capacidad de ayudar a las familias, a cuidadores externos y a instituciones a ejercer y fortalecer el rol de cuidadores con todos los requerimientos técnicos y de capital humano que se requieren.

“Yo pensé que las atenciones de largo plazo eran institucionales y no. Hoy en día la misma casa se vuelve una parte de atención. Definitivamente yo veo que no es crecer en infraestructura solamente de hacer habitaciones para atender a más y más gente porque se vuelve, la verdad es que, con la población que tenemos, por más infraestructura que tengamos, no vamos a dar respuesta” “Min 20:00, Entrevistado 1.

2.2.3. Centros de atención de cuidado al adulto mayor y su financiación

En Colombia, de acuerdo con lo definido en el artículo 46 de la Constitución Política de 1991, es el Estado quien debe garantizar los servicios de la seguridad social integral para la población de la tercera edad, los cuales se vienen prestando a través de diferentes instituciones en las que se cumple un propósito social, y que buscan la integralidad en la atención en el marco de la Resolución 1315 de 2009. Estas instituciones tienen unas características propias que se definen a continuación:

Centros Vida y Centros de Día: conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral durante el día, a las personas adultas mayores, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar.

Centros de Ayuda a Domicilio: instituciones que prestan sus servicios de bienestar a las personas adultas mayores en la modalidad de cuidados en la residencia del usuario.

Centros de Protección Social para el Adulto Mayor o Centros de Larga Estancia: instituciones de protección destinadas a la prestación de servicios de hospedaje, bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal para personas adultas mayores.

Sin embargo, desde el Ministerio de Salud y Protección Social no se cuenta con una base de datos que agrupe todas estas instituciones a nivel nacional, como tampoco registra información estadística, ni se cuenta con un sistema de información que permita identificar cuántas y cuáles son las diferentes instituciones que prestan estos servicios, con el consecuente desconocimiento sobre el cumplimiento de los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar este tipo de instituciones, impidiendo que se conozca la realidad de esta prestación. Lo anterior afirmado por el Entrevistado 1, en el minuto 45:10: *“hemos contratado firmas de mercado expertas en mercadeo para analizar el mercado en Bogotá y Medellín y da tristeza. La información no la hay, es muy poca...”*.

Adicionalmente, vale la pena mencionar que, desde el Observatorio de Vejez y Envejecimiento del MSPS, se podrían establecer mecanismos para la identificación y caracterización de los centros de atención, y así contar con información para establecer con veracidad cuántos centros tenemos en el país, mencionado por el Entrevistado 4.

Estos centros de atención son financiados con recursos de la Estampilla del Adulto Mayor, recursos provistos desde nivel territorial ya que son los departamentos quienes se encargan del recaudo y asignación de estos, adicionalmente, no hay una claridad de quienes deben asumir los diversos costos que genera el cuidado a largo plazo, lo cual genera zonas grises en las cuales las diversas instancias evaden la responsabilidad de costos.

“...el ministerio dice que hay unos recursos de la estampilla del adulto mayor, esos son recursos ínfimos para el tema que hay, esos recursos definitivamente no alcanzan. Entonces veo que hay

como una tranquilidad de que con solo esos recursos de la estampilla sale el tema y no es cierto.”

Min 1:15:00, Entrevistado 1

2.2.4. El cuidado y los cuidadores

Dentro del proceso natural del envejecimiento como parte del enfoque del curso de vida, se reconoce que el desarrollo humano depende en gran medida de la interacción de diferentes factores a lo largo de la vida, influenciadas entre otras por el contexto familiar y social (Minsalud, 2015). Este enfoque permite comprender que, todos los integrantes de la familia, cada uno en su momento específico del ciclo de vida, requieren apoyo mutuo. En mencionado contexto, y de acuerdo con la revisión bibliográfica, el apoyo social como determinante de salud, favorece la ralentización del deterioro cognitivo de los adultos; y las redes de apoyo previenen de cierto modo, el aislamiento, espacios de soledad y el temible abandono del que sufren los adultos mayores.

“No se necesita apoyo por ser viejo, sino porque hace parte del núcleo fundamental de la organización social: la familia.” Entrevistado 3, p.3

Es así como, la atención de los cuidados a largo plazo para los adultos mayores involucra a la familia como un actor clave, sin embargo, en Colombia no se le está dotando de las herramientas necesarias para ejercer su rol de forma apropiada, quienes terminan percibiendo esos cuidados como una carga y de dedicación exclusiva por parte de alguno de sus miembros como cuidador informal, siendo las mujeres en la mayoría de los casos quienes asumen esta labor.

“Un dato incluso más preocupante era el hecho, primero de lo que tiene que ver en función del género, como la mayor carga de cuidado se da en las mujeres, y dos en virtud de que tenemos a personas mayores cuidando a otras personas, lo que acentúa también esa pérdida de autonomía, dependencia funcional, la crisis del cuidado, el agotamiento (más en edades avanzadas) donde tienen que retomar actividades propias de lo que hicieron en su juventud en crianza de otros y ahora vivirlas al lado de apoyar el desarrollo de actividades de la vida diaria y actividades instrumentales en personas ya con una dependencia” Min 5:00, Entrevistado 2

En este sentido, 4 de los 6 entrevistados, coinciden en afirmar que el rol de la familia es fundamental ya que para el adulto mayor es importante pensar en que su ciclo de vida termine en su casa, sin embargo, para la familia no es fácil asumir esta responsabilidad especialmente cuándo el núcleo familiar es pequeño y de manera inevitable se tiene que salir a trabajar, propiciando el abandono por un tiempo en tanto retorna a casa a continuar con el cuidado. Lo ideal es asistir a este

adulto mayor en casa, pero con todas las facilidades para que esa atención se le pueda brindar en tanto el familiar puede hacerlo.

“...Yo creo que, para uno como ser humano, ya no estamos hablando solo del adulto mayor [...] Las mejores condiciones han de estar alrededor de su familia.” Min 32:54, Entrevistado 1.

Esto en particular requiere un acompañamiento familiar y unas políticas que respalden a los cuidadores de una manera mucho más eficaz. El oficio o labor de cuidado formal no se encuentra reglamentado en el país y como tal no se puede establecer su implicación en términos académicos ni laborales. Actualmente, esta formalidad en el cuidado está siendo entendida por aquella que ofrece el personal de la salud que presta esta atención.

“Entonces yo creo que la convención viene a exigir precisamente que entremos en un lenguaje regional para acompañar a las familias cuidadoras, para capacitar cuidadores y proteger a las personas mayores que están en un estado de vulnerabilidad.” Min 23:25, Entrevistado 4.

Pese a que, en los hogares en los que se cuenta con una persona que provee este cuidado como miembro de la familia, y que reportan un estado saludable en su condición física y mental, tienden a presentar inevitablemente en algún momento efectos tales como cansancio, debilidad, estrés entre otros, provocados por la sobrecarga que este oficio produce, por lo que debe contemplarse la manera de hacer relevos, bien sea con otros miembros del núcleo familiar o con cuidadores externos, en pro de facilitar un estilo de vida que incluya periodos de ocio y de relación con otras personas.

“La mayoría de estas personas cuidadoras familiares [...] tienen restringida su vida social, incluso dificultades en la interacción familiar con los otros miembros de la familia y por supuesto la necesidad de poder percibir sus propios ingresos desarrollando una actividad laboral al margen del proceso de cuidado” Min 29:00, Entrevistado 2.

De otro lado, existe una situación preocupante por aquellos adultos mayores que viven solos, entre otras razones, porque son abandonados por su familia o quizá porque no la tuvieron, y que, adicionalmente, carecen de grupo de apoyo, los cuales se encuentran desprovistos de atención para algunas situaciones de dependencia y no cuentan con recursos para financiar un cuidador.

“Uno, el fenómeno de envejecer solos y solas y cada vez más pues estos porcentajes tienden casi a duplicarse [...] y, por otro lado, las tasas de abandono de personas mayores, sobre todo en las

grandes ciudades ante la insuficiencia familiar o la falta de recursos [...] para digamos solventar todas las necesidades que puede tener una persona mayor. “Min 06:00, Entrevistado 4.

“Es muy importante retomar las enseñanzas de la medicina familiar y hacer que la sociedad estructure propuestas de acompañamiento y atención para cada una de las etapas del ciclo vital. De esta manera no deberíamos estar improvisando el qué hacer con las personas mayores, como si ellas aparecieran de un momento a otro.” P. 1 Entrevistado 3

Lo anterior no implica que, el cuidado deba ser provisto exclusivamente por la familia, máxime cuando se carece de la misma, abriendo la posibilidad al mercado laboral del cuidado. Sin embargo, en Colombia la profesión de cuidador no ha sido legitimada por el Estado, lo cual no solo causa la proliferación de cuidadores informales no autorizados, sino también un mercado laboral inestable para ellos.

A esto se le suma la falta de instrucción para el cuidado por parte de entidades educativas, lo cual genera altos costos en la educación de aquellos que quieren dedicarse al cuidado, y pocos incentivos a los profesionales a dedicarse a este ejercicio.

“No es suficiente porque quienes salen formados para el cuidado no tienen enganches laborales, porque la labor del cuidado siempre ha estado a cargo de la familia [...] no todas las familias logran tener la capacidad de respuesta y por eso se habla del diamante del cuidado, que incluye la concurrencia de la familia, el mercado, el Estado y la sociedad.” Min 54:50 Entrevistado 2

La formación en cuidado, especialmente para los de largo plazo, requiere una capacitación permanente, que vincule y complemente los cuidados asistenciales de higiene propios de patologías terminales que acercan al adulto mayor al final del curso de vida, y que tome en cuenta aspectos emocionales, como una asistencia integral (Entrevistado 6).

De otro lado, existe otro tipo de estrategias para cubrir las necesidades de cuidado a largo plazo como es la incorporación de diferentes tecnologías para lograr un cuidado desde la casa (domicilio), evitando con ello periodos largos de soledad y asilamiento, con sensación de abandono y depresión para los adultos, sin embargo, requiere personal capacitado para brindar esta atención y su correspondiente remuneración.

“Hay también un precario desarrollo de servicios de cuidado a domicilio, porque, ¿quién lo paga? La familia especialmente de bajos recursos económicos, siempre es una persona de la familia la

que queda al cuidado de la persona con dependencia. Entonces ya tenemos dos personas en la familia que no se inscriben en el circuito económico, ¿por qué? la que esta con dependencia porque ya no puede hacerlo, y el cuidador porque tiene que estar permanentemente al cuidado de la otra persona y pues esto sigue acrecentando como ese círculo vicioso que da la pobreza.” Min 27:00, Entrevistado 2.

2.2.5. Enfoque integral de los cuidados a largo plazo

Cuando se piensa en los cuidados a largo plazo en Colombia, surgen más interrogantes que respuestas, el panorama es desolador dado que el país carece de un sistema de cuidados en el que se contemple especialmente la dependencia, razón fundamental de la existencia de estos, los cuales se han estado prestando desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

“Ahí hay entonces situaciones que personas requieren la atención y la atención es la de salud, pero la asistencia es social. Es allí es combinación hace que a veces no tengamos claro. Entonces si el estado no pone un sistema claro donde esta larga estancia se atienda, y que tenga su financiación, vamos a seguir en esto y cada día más.” Min 1:22:00, Entrevistado 1

Si bien, existen cuidados paliativos producto de los ciclos de la enfermedad dentro del curso de vida, aquellos servicios de salud que se relacionan con su prestación en una fase de rehabilitación o paliación hasta su desenlace, bien sea una condición óptima que le permita al adulto regresar a su vivienda sin exponerlo a complicaciones en su recuperación, o bien en el caso de su deceso, son hasta el momento cubiertos por el SGSSS.

“Y nosotros tenemos unas coberturas desde el sistema de salud, vía el aseguramiento y que en el caso de personas mayores llega a ser un aseguramiento universal, con respuestas puntuales desde lo que son los cuidados en salud, mas no tenemos la otra arista necesaria para la integralidad de la respuesta, que es la oferta de servicios sociales [...] en el nivel nacional carecemos de una respuesta, de un ministerio que articule la política social y los servicios sociales para diferentes actores de la población. Si bien tenemos un departamento hoy, prosperidad social, pues tiene unos enfoques muy definidos [...] pero una oferta social como la tienen países de la OCDE no existe en el país para poder configurar la articulación de la respuesta integral e integrada al proceso de cuidados a largo plazo.” Min 12:20, Entrevistado 2.

Colombia, cuenta con un Sistema de Salud claramente definido, el cual contempla un Plan de Beneficios en Salud (PBS) unificado, es decir, que independiente de la afiliación (Régimen Contributivo o Régimen Subsidiado), los afiliados tienen derecho a las mismas atenciones, sin embargo, le ha recaído la responsabilidad de atender los cuidados a largo plazo sin que estos hagan parte de mencionado plan, dejando de lado los aspectos sociales que se relacionan al cuidado.

“El tema en Colombia se ha volcado hacia el tema de salud, porque nosotros tenemos un sistema de salud donde es obligatorio y donde las atenciones se hacen. Y ahí tenemos un problema y es que hay temas que se vuelven sociales, entonces lo sociosanitario cuando hay buenos recursos, digamos que funcionan, pero hay cosas del cuidado del adulto mayor que se salen de la salud y que no son cubiertos por el sistema de salud...” Min 10:45, Entrevistado 1.

Estos aspectos que, no son relacionados con el cuidado de su salud sino de carácter social, siguen siendo cubiertos por parte del SGSSS a través de mecanismos judiciales como las tutelas, a través de las cuales requieren un cuidador para atención en casa, que resulta ser talento humano en salud. Esta situación refleja la carencia o ausencia de un sector que dé respuesta a estas coberturas sociales. (Entrevistado 2).

“...Colombia no la tiene y que cada día es más problema y van a haber cada día más demandas, más tutelas por este tema, porque es un problema real y que no se le ha dado solución, la gente va a buscar la manera de resolver ese tema por vía judicial ya que cada día más le están cerrando el tema por el lado de salud y que los recursos en salud son para salud pero esa parte social que no tiene esos recursos no dan la solución.” Min 35:00, Entrevistado 1.

Cuando el adulto mayor se encuentra internado en la institución hospitalaria por un periodo de tiempo prolongado sin que su condición clínica lo apremie, el prestador que tiene a su cargo el paciente no tiene respuesta por parte de la EPS o de la entidad territorial de orden departamental distrital o municipal, frente a la responsabilidad de su atención, dejando a expensas de esta institución prestadora la labor de encontrar mecanismos judiciales para lograr el cobro por los costos ocasionados.

“...La EPS o el departamento o la alcaldía o el municipio, se tiran como la pelota unos a otros y dicen no, a mí no me corresponde, es que le corresponde a la otra entidad, y así sucesivamente.” Min 25:52, Entrevistado 6.

“No hay fuentes de financiación claras para atender los servicios complementarios y en materia de personas mayores, hay una importante demanda de servicios complementarios que no tienen la financiación establecida, razón por la cual los que logran acceder, acceden vía sanciones judiciales, o vía tutela, pero la tutela te soporta el derecho individual, pero no se convierte en una estrategia colectiva que ampare al resto de la población” Min 49:26, Entrevistado 2

Esto se traduce en que, los cuidados a largo plazo son de carácter social y como tal no deberían estar cubiertos por el SGSSS, sino que deberían estar bajo una estructura estatal que reglamente, desde nivel nacional, todo un sistema de cuidados que incluya aquellos a largo plazo para los adultos mayores, reduciendo así la presión en el gasto al sistema de salud.

2.2.6. Cuidados a largo plazo y adultos mayores en situación de abandono, de calle y aquellos con enfermedades mentales

Un escenario adicional, es aquel en el que se encuentran aquellos adultos mayores con necesidades de cuidados a largo plazo que son abandonados por sus núcleos familiares por diferentes circunstancias. Esta población se encuentra a expensas de la caridad y en una larga lista de espera para poder acceder a una institución que pueda atenderlos, con necesidades alimenticias, de higiene, de atención y de cuidado. Adicionalmente, esto implica que no hay un grupo de apoyo que pueda realizar un acompañamiento, como tampoco asumir los gastos por él dado que, para el adulto mayor en situación de abandono, no le es posible asumir esos costos por sí mismo.

“sobre todo manejamos también pacientes que han sido abandonados en los hospitales de la ciudad. Muchos de ellos llegan al servicio de urgencias de los hospitales de Pasto y quedan en abandono social ...” Min 05:00, Entrevistado 6.

Otra forma en la que se expresa el abandono es la existencia de adultos mayores solos, en casas ubicadas en exclusivos sectores de las ciudades, sin las condiciones para cubrir necesidades básicas mínimas como alimentación y cuidado, adultos que, en algunos casos tienen algún grado de dependencia y que producto de la soledad y el aislamiento padecen enfermedades mentales.

Es así como el abandono hace que algunos adultos mayores se encuentren en situación de calle, enfrentándose a situaciones hostiles propias de esta condición, y pese a que en algunos

departamentos priorizan esta población para vincularlos a los diferentes centros de atención al adulto mayor, no todos pueden acceder por la baja oferta de estas instituciones de cuidado.

“Generalmente las personas que tenemos han estado en la calle por muchos años, donde su diario vivir es defendiéndose de muchas cosas adversas y donde han llegado a temas de drogadicción, de muchos vicios donde necesitamos rehabilitarlos, no es solamente el aspecto físico sino también el aspecto social y el aspecto psicológico.” Min 24:20, Entrevistado 1.

Adicional a lo anterior, existe parte de la población adulta mayor en Colombia que es atendida en este tipo de instituciones por patologías asociadas a enfermedades mentales, sin embargo, estos centros no cuentan con infraestructura adecuada para garantizar los tratamientos y recuperación de estas afecciones, convirtiéndose en una condición limitante para su acceso.

“hemos podido apreciar que las situaciones que más generan demandas de servicios de largo plazo se relacionan con: discapacidad mental, discapacidad intelectual, discapacidad física, patologías crónicas inadecuadamente controladas, pobreza, conflictos familiares y sociales” Entrevistado 3

“seguimos teniendo en Colombia unos índices de dependencia muy alarmantes, unos índices de discapacidad y unas alteraciones en la esfera mental que ameritan pues unos cuidados especiales o especializados, ya sea por parte de la familia, como cuidadores informales, o por cuidadores formales”. Min 03:15, Entrevistado 4.

2.2.7. Los cuidados a largo plazo y el COVID_19

El efecto de la pandemia por Covid – 19, además de perturbar de manera directa a la población adulta mayor, profundizó los problemas del cuidado a largo plazo, no solo en términos de financiamiento sino también en términos logísticos, hizo difícil los días de las personas, cambió las dinámicas de sus hábitos, provocó aislamiento no solo social sino emocional empeorando en algunos casos, la condición física y mental de los adultos mayores. El confinamiento permitió que las familias estuvieran en casa con los adultos mayores, pero no necesariamente proporcionando este cuidado, cada quién en sus actividades cotidianas desde casa, sin percibir al adulto con sus necesidades.

“Y de la misma situación de confinamiento que tuvieron que afrontar los adultos mayores bajo el aislamiento obligatorio pues también llevo a demostrar otras carencias que tenemos como en salud mental, en la respuesta a la salud mental, en la necesidad de tener encuentros intergeneracionales,

nuestros adultos mayores siguen quedando solos, a pesar de que puedan estar acompañados en su núcleo familiar...” Min 1:09: 13, Entrevistado 2.

De otro lado, dadas las medidas de bioseguridad como el confinamiento en mención, pudo ser más drástica para aquellos adultos mayores que viven solos, quienes tuvieron limitaciones para acceder a los productos de canasta básica, diligencias en las entidades financieras para el cobro de pensiones o subsidios, el pago de servicios públicos, entre otros, afectando todas sus dimensiones, especialmente la emocional y mental.

“...y una necesidad aun mayor: adultos mayores que viven solos, que a pesar de que tienen su hogar, o sea no están en abandono, tienen su hogar, pero se ha visto que se ha acentuado mucho más esos adultos mayores que viven solos, que ante la pandemia no tenían quien respondiera para salir a hacer las vueltas como el mercado, pagar los servicios, realizar financieros y que ellos mismos no podían salir por la situación de contagio. Entonces ante esos adultos mayores que viven solos, sí que se evidencio la necesidad de un sistema de cuidado a largo plazo.” Min 1:09: 13, Entrevistado 2.

Con este resultado, se evidencia que Colombia sigue el mismo patrón que se observa a nivel mundial, con características principales dentro de las que se destacan sistemas de salud sobrecargados por la inexistencia de un sector social responsable de esta atención y sin una clara fuente de financiación, población desatendida por la sociedad y el estado, políticas tímidas e incipientes, y donde situaciones como la Pandemia se convirtieron en una oportunidad para esta población de hacer visible su existencia.

3. Recomendaciones - Propuestas para mejorar la situación de cuidados a largo plazo en el país a partir de resultados

A partir de la información recuperada de la revisión bibliográfica como contexto, en conjunto con la obtenida producto de la aplicación de las entrevistas, se realizó la triangulación de la información permitiendo así generar las siguientes recomendaciones en torno a los cuidados a largo plazo del adulto mayor en Colombia.

- i. Definir desde el gobierno, un sistema de cuidados con enfoque de dependencia, con una clara delegación a una entidad de carácter social para que, desde allí se reglamente la atención de las necesidades de cuidado a largo plazo especialmente a las del adulto mayor, y en el que se promueva la integralidad entre lo sanitario y lo social, con una clara separación de responsabilidades. Dentro de ella se se considera relevante incluir, la expedición de documento Conpes como lo estableció la Ley 1251 de 2008 dentro de la actual la política de vejez y envejecimiento, se integre de manera específica los cuidados a largo plazo para el adulto mayor, incluyendo la coordinación intersectorial. El apoyo que se brinde desde la academia al Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez de Minsalud, a partir de los diferentes trabajos académicos en torno al envejecimiento, redundará en el fortalecimiento del sistema de cuidado en mención.
- ii. Desarrollo y poner en marcha de un sistema de información que permita la identificación y registro de aquellas entidades que prestan servicios de cuidado a largo plazo a los adultos mayores tales como: centro de día, centro vida, centros de atención a domicilio y centros de larga estancia; con el propósito de analizar la oferta real y legal; y la capacidad actual frente a la necesidad de este cuidado. El seguimiento a esta herramienta de gestión permitirá verificar la oferta de servicios de cuidado, así como el cumplimiento de requisitos mínimos en términos de calidad e infraestructura.
- iii. Impulsar dentro de este sistema de cuidado, la formación permanente de talento humano que pueda atender de manera integral las necesidades de cuidado a largo plazo del adulto mayor, así como fortalecer a los miembros de las familias como cuidadores informales para que puedan capacitarse y dar respuesta a situaciones en las que actualmente se ven limitados para intervenir. Se considera relevante, incluir en la formación del talento humano en salud, y posibilitar la inclusión de una cátedra dedicada a la medicina paliativa, la medicina geriátrica, la enfermería geriátrica y los servicios de salud mental para las personas mayores. Analizar el posible mercado laboral que puede significar la población migrante, la cual puede ser capacitada y formada en estos cuidados con la respectiva formalización laboral.

- iv. Promover la conformación de un grupo de interdisciplinario en el que se vinculen entre otros, geriatras, oncólogos, cardiólogos, clínicos en cuidados paliativos, psiquiatras, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, regentes en farmacia, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, terapeutas de lenguaje, enfermeros especializados, incluyendo autoridades religiosas, que permitirá establecer un programa de atención integral a la población adulta mayor.
- v. Incentivar la conciencia sobre el proceso de envejecimiento y los cuidados a largo plazo en espacios en los que se pueda discutir de manera abierta, procurando un mayor conocimiento respecto a una adecuada atención al adulto mayor. Esto a través de la inclusión de un componente de educación en las políticas de salud pública más allá de los cursos tradicionales de educación, e inclusive en la cátedra desde los niveles preescolar, escolar y universitario. Adicionalmente, desde los programas académicos propuestos por las instituciones educativas se podría promover la participación de los adultos mayores en la docencia, para que el legado de conocimiento sea transmitido de manera intergeneracional.
- vi. Finalmente, sería valioso realizar un análisis específico que permita identificar las posibles fuentes de financiación a través de la exploración de opciones tales como pólizas de seguros para la vejez, ahorro voluntario desde el inicio de la vida productiva, u otro mecanismo fiscal como el aporte de un determinado punto porcentual de la cotización al SGSSS. Lo anterior, dada la insuficiencia de recursos recaudados a través de la estampilla del adulto mayor.

Las anteriores, fueron las principales recomendaciones que se proponen como resultado de la investigación realizada, consideradas como necesidades no solo en el contexto nacional, sino una necesidad sentida a nivel mundial.

4. Conclusiones

A partir del análisis de la información recuperada de las diferentes fuentes bibliográficas a las cuales se tuvo que acudir para ampliar el contexto del tema por la insuficiente información, se obtuvo un mayor contexto de la situación actual de los cuidados a largo plazo a nivel internacional,

la cual, junto con las experiencias nacionales tanto en la reglamentación como en la prestación de estos cuidados obtenidas de la aplicación de la entrevista semiestructurada, se logró una mayor comprensión de los retos que enfrenta el país a la hora de asumir los cuidados a largo plazo en personas adultas mayores.

Si bien, los cuidados a largo plazo del adulto mayor se encuentran conceptualmente definidos, es importante mencionar que este análisis de la información permitió identificarlos y caracterizarlos de una manera más amplia, desde un enfoque de necesidades tanto físico médicas, sociales, como psicosociales, permitiendo así un acercamiento a la comprensión de ellos.

En Colombia, los cuidados a largo plazo del adulto mayor se perciben dentro de una atención integral que no está garantizada. Si bien, este de cuidado entre otros, que requiere la etapa del envejecimiento, al no estar vinculadas directamente con servicios de salud se encuentran desamparadas tanto en su prestación como en su financiación.

Adicionalmente, Colombia no cuenta con un sistema de cuidado que involucre los cuidados a largo plazo del adulto mayor. Estos cuidados se abordan actualmente desde el asistencialismo en salud a cargo de ese sector, sin que se vinculen los aspectos sociales que hacen parte de estos, debido a que no se ha definido esta competencia en ninguna entidad del nivel nacional que pueda generar un lineamiento que sea acogido desde el territorio, y fortalecer la gobernanza a nivel municipal, distrital, departamental, apropiando recursos necesarios para esta atención. Un sistema que entienda las singularidades y la diversidad cultural, religiosa e ideológica, que sea inclusivo e incluyente.

Ahora bien, dentro de la estructuración de un sistema de cuidado a largo plazo, es definitiva la participación del cuidador, bien sea la familia como cuidador informal, o el cuidador formal que se prepare para ello, debe considerarse una adecuada formación por instituciones educativas acreditadas y con una clara y estrecha relación de la formalización laboral de este talento humano, para que se organice de manera adecuada este servicio y los mayores se beneficien de una atención de calidad, con dignidad, amor y respeto.

Se evidenció la existencia de modelos y experiencias en otros países, que pueden ser analizadas de manera rigurosa para determinar la posibilidad de aplicarlas a la población adulta mayor en Colombia. Las políticas sobre los cuidados a largo plazo en esta población son incipientes a nivel mundial.

De otro lado, hubo gran coincidencia sobre la sensibilización permanente que debe realizarse sobre la comprensión del envejecimiento en todas las dimensiones, desde los núcleos familiares con la transferencia de información intergeneracional que les permita prepararse de manera adecuada para la vejez. Asimismo, se resalta la inclusión de este tema en la cátedra desde los primeros niveles educativos, fortalecida en los ámbitos profesionales y que se vincule en ella a voces que transmitan sabiduría como la de los adultos mayores como testimonio.

Como reflexión final, con la investigación se obtuvo una amplia descripción de los cuidados a largo plazo desde un enfoque de necesidades basado en la experiencia internacional, con una clara comprensión de los mismos a nivel nacional, riqueza de contenido que puede tomarse como insumo para el análisis de la política de cuidado que se pueda implementar en favor de la atención de los cuidados a largo plazo del adulto mayor, necesidad visibilizada con la pandemia por Covid-19.

Tanto los cuidados a largo plazo del adulto mayor, como los de otros grupos de población vulnerable, requieren un sistema con enfoque de dependencia, que oriente su prestación y la respectiva financiación. Para ello, es indispensable pensar en la necesidad de un sector de carácter social que se encargaría de realizar la articulación interinstitucional y así garantizar la cobertura y prestación de estos cuidados. Asimismo, es fundamental el rol del cuidador formal e informal sin desvincular la familia, con la necesaria formación e inclusión laboral, así como la capacitación permanente del talento humano en salud en las temáticas atinentes a la atención del adulto mayor, con un enfoque de necesidades de cuidado. Los adultos mayores siempre han existido y se hace indispensable actuar en pro de la integralidad de su bienestar.

Referencias bibliográficas

Acello, B. (2014). Nursing Procedure Guide for Long-Term Care. HCPro, a division of BLR

Acello, B. (2015). Clinical Tools and Forms for Long-Term Care. HCPro, a division of BLR.

Amanda J. Lehning & Michael J. Austin (2010) Long-Term Care in the United States: Policy Themes and Promising Practices, *Journal of Gerontological Social Work*, 53:1, 43-63, DOI: 10.1080/01634370903361979.

Andrew, M. K., Searle, S. D., McElhaney, J. E., McNeil, S. A., Clarke, B., Rockwood, K., & Kelvin, D. J. (2020). COVID-19, frailty and long-term care: Implications for policy and practice. *Journal of Infection in Developing Countries*, 14(5), 428–432. <https://doi.org/10.3855/jidc.13003>.

Barczyk, D., & Kredler, M. (2019). Long-Term Care across Europe and the United States: The Role of Informal and Formal Care. *Fiscal Studies*, 40(3), 329–373.

Barlow, J., Singh, D., Bayer, S., & Curry, R. (2007). A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *Journal of telemedicine and telecare*, 13(4), 172-179.

Bell, S. P., Patel, N., Patel, N., Sonani, R., Badheka, A., & Forman, D. E. (2016). Care of older adults. *Journal of Geriatric Cardiology: JGC*, 13(1), 1.

Bergmann, J. M., Ströbel, A. M., Holle, B., & Palm, R. (2020). Empirical development of a typology on residential long-term care in Germany – results

for an exploratory multivariate data analysis. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05401-4>.

Bernes, M. (2018) Nuevas políticas del cuidar Alianzas y redes en la ética del cuidado. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona Carrer de Pujades 350, 08019, Barcelona.

Bloeck, M. C., Galiani, S., & Ibarraran, P. (2019). Long-Term Care in Latin America and the Caribbean: Theory and Policy Considerations. *Economia: Journal of the Latin American and Caribbean Economic Association*, 20(1), 1–32. <https://doi.org/http://economia.lacea.org/contents.htm>.

Boyer, M. M., De Donder, P., Fluet, C., Leroux, M.-L., & Michaud, P.-C. (2020). Long-Term Care Insurance: Information Frictions and Selection. *American Economic Journal: Economic Policy*, 12(3), 134–169.

Bowling, A., & Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society* 27, 827–848.

Costa-Font, J. (2019). The Rolling Out and Back of Universal Long-Term-Care Supports in Europe. *Generations*, 43(1), 42–47.

Costa-Font, J., & Zigante, V. (2020). Building ‘implicit partnerships’? Financial long-term care entitlements in Europe. *Policy Sciences: Integrating Knowledge and Practice to Advance Human Dignity*, 1. <https://doi-org.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/10.1007/s11077-020-09403-1>.

Da Roit, B., & Le Bihan, B. (2019). Cash for long-term care: Policy debates, visions, and designs on the move. *Social Policy & Administration*, 53(4), 519–536. <https://doi.org/10.1111/spol.12506>.

Daly, M. (2018). Rethinking the Approach to Long-Term Care. *Wirtschaftspolitische Blätter*, 65(1), 77–83.

Darlene Yee-Melichar, E. F. F., & Cristina Flores, P. R. (2014). *Long-Term Care Administration and Management: Effective Practices and Quality Programs in Elder care*. Springer Publishing Company.

Domínguez Alcón, C; Kohlen, H; Tronto, J (2018) *El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. Ed. San Juan de Dios, Barcelona.

Domínguez-Alcón, Carmen. (2018). Lo esencial del cuidar: qué debería preocuparnos hacia el año 2050. *Index de Enfermería*, 27(4), 185-187. Epub 20 de enero de 2020. Recuperado en 26 de septiembre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300001&lng=es&tlng=es.

Doty, Pamela & Liu, Korbin & Wiener, Joshua. (1985). An overview of long-term care. *Health care financing review*. 6. 69-78.

Gilhooly, M., Gilhooly, K., Bowling, A. (2005). Quality of life. Meaning and measurement. In: Walker, A. (Ed.), *Understanding Quality of Life in Old Age*. Open University Press, Berkshire, pp. 14–26.

Grabowski, David. (2008). The Market for Long-Term Care Services. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*. 45. 58-74. 10.5034/inquiryjrn1_45.01.58.

Graham D. Rowles, Pamela B. Teaster, & Graham D. Rowles, P. (2015). *Long-Term Care in an Aging Society: Theory and Practice*. Springer Publishing Company.

H. Chou (2020) "A Collaborative Framework With Artificial Intelligence for Long-Term Care," in *IEEE Access*, vol. 8, pp. 43657-43664, 2020, doi: 10.1109/ACCESS.2020.2977043.

Hall, S; Petkova, H; Tsouros, A; Costantini, M; Higginson, I (2011). Palliative care for older people: better practices . WHO Regional Office for Europe Copenhagen.

Harris-Kojetin L, Sengupta M, Park-Lee E, Valverde R. Long-term care services in the United States: 2013 overview. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 3(37). 2013.

HLEBEC, V., SRAKAR, A., & MAJCEN, B. (2019). Long-Term Care Determinants of Care Arrangements for Older People in Europe: Evidence from SHARE. *Revija Za Socijalnu Politiku*, 26(2), 135–152. <https://doi.org/10.3935/rsp.v26i2.1604>.

Huenchuan, S (2018) Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos, Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Kar, N. (2015). Care needs of older persons. *Journal of Geriatric Care and Research*. 2. 1-2.

Khatutsky, G., & Greene, A. M. (2019). How Many Long-Term-Care Surveys and Polls Do We Need? *Generations*, 43(1), 25–32.

Klimaviciute, J., & Pestieau, P. (2020). Insurance with a deductible: a way out of the long term care insurance puzzle. *Journal of Economics*, 130(3), 297. <https://doi-org.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/10.1007/s00712-020-00700-0>.

Kraus, Markus and Czypionka, Thomas and Riedel, Monika and Mot, Esther and Willemé, Peter (2011) How European Nations Care for Their Elderly: A New Typology of Long-Term Care Systems (August 18, 2011). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2005018> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2005018>.

Le Bihan, B., Da Roit, B., & Sopadzhiyan, A. (2019). The turn to optional familialism through the market: Long-term care, cash-for-care, and caregiving policies in Europe. *Social Policy & Administration*, 53(4), 579–595. <https://doi.org/10.1111/spol.12505>.

Lisa A. Eckenwiler. (2012). *Long-term Care, Globalization, and Justice*. Johns Hopkins University Press.

Lin, H.-R., & Imanaka, Y. (2020). Effects of Copayment in Long-Term Care Insurance on Long-Term Care and Medical Care Expenditure. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(5), 640–646. <https://doi-org.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/10.1016/j.jamda.2019.08.021>.

Malzahn-Mclaren, E. (2015). Long-Term Care Skilled Services: How to Document for Proper Medicare Reimbursement. HCPro, a division of BLR.

Martínez Rodríguez, T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. Colección Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal, 3.

McSweeney-Feld, M. H., Molinari, C., & Oetjen, R. M. (2017). *Dimensions of Long-term Care Management: An Introduction: Vol. Second edition*. Health Administration Press.

Miegel, K., & Wachtel, T. (2009). Improving the oral health of older people in long-term residential care: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 4(2), 97-113.

Minsalud (2016) *PERFIL Y COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL GERONTOLOGO EN COLOMBIA*- Minsalud, Bogotá.

Nagode, M., & Lebar, L. (2019). Trends and challenges in long-term care in Europe. *Revija Za Socijalnu Politiku*, 26(2), 255–262. <https://doi.org/10.3935/rsp.v26i2.1655>.

Naschitz, J. E. (2016). *Post-acute and Long Term Geriatric Care Clinical Advisor*. Nova Science Publishers, Inc.

Neyens, J. C., van Haastregt, J. C., Dijcks, B. P., Martens, M., van den Heuvel, W. J., de Witte, L. P., & Schols, J. M. (2011). Effectiveness and implementation aspects of interventions for preventing falls in elderly people in long-term care facilities: a systematic review of RCTs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(6), 410-425.

Nies, H., Billings, J., & Leichsenring, K. (2013). *Long-term care in Europe*. [recurso electrónico]: Improving policy and practice. Palgrave Macmillan.

OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

OECD (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health PolicyStudies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>

Oetjen, R. M., & McSweeney-Feld, M. H. (2012). *Dimensions of Long-term Care Management: An Introduction*. Health Administration Press.

OMS (2015) *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

Onder, G., Carpenter, I., Finne-Soveri, H. et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Serv Res* 12, 5 (2012). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-5>

Ponnuswami, I., & Rajasekaran, R. (2016). Long-term care of older persons in India: Learning to deal with challenges. *Ageing in Developing Countries*, 59.

Song, M., & Song, H. (2020). Disagreement between a public insurer's recommendation and beneficiary's choice of long-term care services in Korea. *Health Policy*, 124(8), 881–887. <https://doi-org.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/10.1016/j.healthpol.2020.04.01>

Sun, L. (2020). Research on Long-Term Care Insurance in Qingdao, China. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 47(2), 183–185.

Robledo Marín, C (ed) (2020) La vejez. Reflexiones de la postpandemia . Fundacol Opción Colombia, Medellín.

Rolland, Y., Lacoste, M., De Mauleon, A. et al. Guidance for the Prevention of the COVID-19 Epidemic in Long-Term Care Facilities: A Short-Term Prospective Study. *J Nutr Health Aging* (2020). <https://doi-org.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/10.1007/s12603-020-1440-2>

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Health Resources and Services Administration) (2016) Growing Older: Providing Integrated Care for an Aging Population. HHS Publication No. (SMA) 16-4982. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016.

Schulz, M., Czwikla, J., Tsiasioti, C., Schwinger, A., Gand, D., Schmiemann, G., Schmidt, A., Wolf-Ostermann, K., Kloep, S., Heinze, F., & Rothgang, H. (2020). Differences in medical specialist utilization among older people in need of long-term care – results from German health claims data. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1130-z>.

Van Malderen, L., Mets, T., & Gorus, E. (2013). Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term care: a systematic review. *Ageing research reviews*, 12(1), 141-150.

Shin, Y., Kim, S., & Kim, J. (2013). Grounded theory approach on the adaptation process in facility of long-term care elderly. *Korean Journal of Social Welfare*, 65(3), 155-182.

World Health Organization (2015). The growing need for home health care for the elderly: home health care for the elderly as an integral part of primary health care services. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.

Tak, Y. R., Woo, H. Y., Han Yi, L., & Kim, A. R. (2019). Useful lessons for the provision of services in long-term care facilities in South Korea: operators' experiences illuminate the phenomenon of working with the elderly in the field. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 14(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1565238>.

World Health Organization (2002) LESSONS FOR LONG-TERM CARE POLICY Wu C-Y, Hu H-Y, Huang N, Fang Y-T, Chou Y-J, Li C-P (2014) Determinants of Long-Term Care Services among the Elderly: A Population-Based Study in Taiwan. *PLoS ONE* 9(2): e89213. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089213>.

Anexo1. Consentimiento Informado e Información sobre el estudio

Cuidados de largo plazo del adulto mayor en Colombia

Buen día, mi nombre es Marby Astrid Pérez Núñez y soy estudiante de la Maestría en Políticas Públicas de la Universidad de los Andes de la ciudad de Bogotá.

El objetivo de su participación en el estudio es incluir sus voces y opiniones en el proceso de investigación sobre la identificación de los cuidados de largo plazo que se adaptan a los adultos mayores en Colombia. La información que usted nos proporcione durante este proceso contribuirá a la construcción de una publicación que se convierta en insumo importante para la reglamentación de un sistema de cuidado de largo plazo que beneficie a la población adulta mayor en Colombia, a través de la cual se propicien las condiciones para su adecuada prestación y se promueva un envejecimiento saludable en todas sus formas

Este proyecto de investigación hace parte de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo de la Universidad de los Andes.

Si usted decide colaborar con este proyecto, usted participará en actividades de recolección de datos cualitativos incluyendo las siguientes actividades individuales:

- Contestar preguntas generales sobre el conocimiento que se tiene frente a los cuidados de largo plazo del adulto mayor en Colombia.
- Contestar preguntas específicas sobre los cuidados de largo plazo identificados y su adaptación a los adultos mayores en Colombia.
- Contestar preguntas generales sobre el ejercicio de su actividad como representante de la entidad o como responsable de algún tipo de intervención sobre la identificación de los cuidados y su adaptación a la población adulta mayor en Colombia.

Si algunas de las preguntas resultan incómodas para usted, no tiene que responderlas.

Este estudio no está diseñado para ayudarlo(a) a usted directamente, pero lo que aprendemos puede ayudar a los adultos mayores de Colombia en el futuro.

Toda la información que usted comparta en este estudio es confidencial. En ningún momento se revelará su nombre o identidad, así como tampoco se revelarán los datos individuales, pues éstos serán usados solamente por el equipo y serán usados de manera anónima en escritos académicos.

Su participación en la actividad no tendrá ninguna compensación económica.

La participación en el estudio es voluntaria, por lo tanto, usted no está obligado a hacer parte de la investigación. Si usted decide no participar, o si decide retirarse del estudio en cualquier momento, esto no le generará ningún perjuicio. Aunque decida participar o no, su relación con el equipo de trabajo no se verá afectada por este estudio.

Si tiene alguna pregunta durante o después de que termine el estudio, usted puede llamar a Marby Astrid Pérez Núñez al teléfono celular 3123545107 o escribir al correo electrónico ma.perezn@uniandes.edu.co.

En caso de presentarse algún problema asociado a la investigación, usted también puede contactar al Comité de Ética de la Universidad de los Andes. Teléfono 3394949 Ext. 2073 o al correo electrónico comite_de_etica_egob@uniandes.edu.co

¿Quisiera usted participar en el estudio? Sí _____ No _____

¿Podemos grabar las actividades en audio y/o video? Sí _____ No _____

(En caso afirmativo, usted participará en la selección del material audiovisual)

¿Podemos publicar fotografías en las que usted aparezca, y otra información en el producto académico? Sí _____ No _____

(En caso afirmativo, usted participaría en la selección del material a publicar: fotografías, etc.)

Firma del Participante Fecha

Firma del Testigo 1 Fecha

Firma del Testigo 2 Fecha

Anexo 2. Instrumento Entrevista 1

Nombre:

Perfil Institución: Hospital Geriátrico San Miguel

Ciudad: Cali, Valle del Cauca

Fecha de Entrevista: 15 de octubre de 2020

¿Firmó consentimiento informado?: Si: x No:

1. Antes que nada, quisiera que me contaras más de ti, del Hospital Geriátrico San Miguel y de tu rol en él.
2. Esta investigación se centra en el cuidado a largo plazo de los adultos mayores, desde tu perspectiva, ¿cómo estamos entendiendo este tipo de cuidados en Colombia?
 1. Desde tu experiencia cómo médico, ¿Cuáles suelen ser las condiciones de los adultos mayores que necesitan cuidados a largo plazo?
 2. En ese sentido ¿cuáles vienen siendo desde tu experiencia los cuidados a largo plazo más demandados por los adultos mayores en Colombia?
 5. Con el tema de la pandemia y el Covid 19, ¿cómo se han modificado esas necesidades de cuidado a largo plazo para los adultos mayores? ¿Como crees que todo esto impactara el tema del cuidado a largo plazo de los adultos mayores?
 6. En términos de acceso, que tan garantizado está en Colombia la posibilidad para adultos mayores de diferentes contextos (determinantes sociales etnia, raza, educación, ingreso) (¿quiénes acceden más y por qué?)
 7. Los adultos mayores que están en el centro de bienestar, ¿cómo llegan a él? ¿Cómo se financia el centro?
 1. De acuerdo con lo anterior, ¿cuáles son las principales barreras que tienen los adultos mayores para acceder a servicios de largo plazo?
 2. Desde tu experiencia, ¿Cuáles son los lugares y las personas sobre las cuales recae el cuidado a largo plazo de los adultos mayores?
 3. ¿Desde tu experiencia, cuál es el rol de la familia en el cuidado a largo plazo? ¿idealmente cuál debería ser el rol de la familia?
 11. En términos de la política de cuidado del país, como la ves, ¿crees que el estado ha dotado de herramientas a quienes se dedican al cuidado a largo plazo de los adultos mayores? Si no, ¿cómo debería enfocar el estado el tema del cuidado a largo plazo para los adultos mayores?
 12. Si quisiera mejorar el sistema de cuidados en el país, ¿cuáles serían las principales cosas a las que debería ponerle atención primero?

Anexo 3. Instrumento Entrevista 2

Nombre:

Perfil:

Institución: Ministerio de salud – Oficina de promoción social

Ciudad: Bogotá

Fecha de Entrevista: 16 de octubre de 2020

¿Firmó consentimiento informado?: Si: X No:

1. Antes que nada, quisiera que me contaras más de ti, de la Oficina de promoción social del MSPS y de tu rol en ella. (Que te cuente exactamente que ha hecho y a que se dedica en concreto en su institución)
2. Esta investigación se centra en el cuidado a largo plazo de los adultos mayores, desde tu perspectiva, ¿cómo estamos entendiendo este tipo de cuidados en Colombia?
3. ¿Cuál es el camino que se ha llevado institucionalmente para definir la política de cuidados a largo plazo en Colombia?
4. ¿Desde el Estado se han identificado las necesidades específicas de los adultos mayores que requieren cuidados de largo plazo? Si así es, ¿Cuáles son los principales servicios identificados?
5. Con el tema de la pandemia y el Covid 19, ¿cómo se han modificado esas necesidades de cuidado a largo plazo para los adultos mayores? ¿Como cree que todo esto impactara el tema del cuidado a largo plazo d los adultos mayores?
6. En términos de acceso, que tan garantizado está en Colombia la posibilidad para adultos mayores de diferentes contextos (determinantes sociales raza, etnia, ingreso, educación, género) (¿quiénes acceden más y por qué?)
7. De acuerdo a lo anterior, ¿cuáles son las principales barreras que tienen los adultos mayores para acceder a servicios de largo plazo? (procura que te hable de todas las barreras: sociales, económicas, infraestructura etc.,)
8. Desde su experiencia, ¿Cuáles son los lugares y las personas sobre las cuales recae el cuidado a largo plazo de los adultos mayores? (debería hablarte de la formalidad e informalidad de los cuidados)
9. En términos de la política de cuidado del país, como la ves, ¿crees que el estado ha dotado de herramientas a quienes se dedican al cuidado a largo plazo de los adultos mayores? Si no, ¿cómo debería enfocar el Estado el tema del cuidado a largo plazo para los adultos mayores?
10. ¿Cuáles han sido los mayores obstáculos para que se implemente efectivamente una política de cuidado a largo plazo para los adultos mayores en Colombia?
11. ¿Para lograr tener un sistema de cuidado a largo plazo en el país, quienes son los actores esenciales para convocar?
12. Si quisieras mejorar el sistema de cuidados en el país, ¿cuáles serían las principales cosas a las que debería ponerle atención primero?

Anexo 4. Instrumento Entrevista 3 – Cuestionario

ESTADO DE LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO DEL ADULTO MAYOR EN COLOMBIA

Nombre:

Perfil:

Institución: Centro de bienestar San José

Ciudad: Pereira, Risaralda

Fecha de Envío cuestionario: 29 de octubre de 2020

1. Antes que nada, quisiera que me contaras más de ti, del Centro de bienestar San José y de tu rol en él.
2. Esta investigación se centra en el cuidado a largo plazo de los adultos mayores, desde tu perspectiva, ¿cómo estamos entendiendo este tipo de cuidados en Colombia?
3. Desde tu experiencia cómo médico, ¿Cuáles suelen ser las condiciones de los adultos mayores que necesitan cuidados a largo plazo?
4. En ese sentido ¿cuáles vienen siendo desde tu experiencia, los cuidados a largo plazo más demandados por los adultos mayores en Colombia?
5. Con el tema de la pandemia y el Covid 19, ¿cómo se han modificado esas necesidades de cuidado a largo plazo para los adultos mayores? ¿Como crees que todo esto impactara el tema del cuidado a largo plazo de los adultos mayores?
6. En términos de acceso, que tan garantizado está en Colombia la posibilidad para adultos mayores de diferentes contextos (Género, etnia, raza, ingresos)
7. Los adultos mayores que están en el centro de bienestar, ¿cómo llegan a él? ¿Cómo se financia el centro?
8. De acuerdo con lo anterior, ¿cuáles son las principales barreras que tienen los adultos mayores para acceder a servicios de largo plazo?
9. Desde tu experiencia, ¿Cuáles son los lugares y las personas sobre las cuales recae el cuidado a largo plazo de los adultos mayores?
10. ¿Desde tu experiencia, cuál es el rol de la familia en el cuidado a largo plazo? ¿idealmente cuál debería ser el rol de la familia?
11. En términos de la política de cuidado del país, como ves, ¿crees que el estado ha dotado de herramientas a quienes se dedican al cuidado a largo plazo de los adultos mayores? Si no, ¿cómo debería enfocar el estado el tema del cuidado a largo plazo para los adultos mayores?
12. Si quisieras mejorar el sistema de cuidados en el país, ¿cuáles serían las principales cosas a las que debería ponerle atención primero?
13. Libre para aportes adicionales que consideres relevante para abordar la temática de los cuidados a largo plazo del adulto mayor.

¡Muchas Gracias!

Anexo 5. Instrumento Entrevista 4

Nombre:

Perfil:

Institución: Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria

Ciudad: Bogotá

Fecha de Entrevista: 15 de octubre de 2020

¿Firmó consentimiento informado?: Si: x No:

1. Antes que nada, quisiera que me contaras más de ti, de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria y de tu rol en ella.
2. Esta investigación se centra en el cuidado a largo plazo de los adultos mayores, desde tu perspectiva, ¿cómo estamos entendiendo este tipo de cuidados en Colombia?
3. Desde tu experiencia cómo médico, ¿Cuáles suelen ser las condiciones de los adultos mayores que necesitan cuidados a largo plazo?
4. En ese sentido ¿cuáles vienen siendo desde tu experiencia los cuidados a largo plazo más demandados por los adultos mayores en Colombia?
5. Con el tema de la pandemia y el Covid 19, ¿cómo se han modificado esas necesidades de cuidado a largo plazo para los adultos mayores? ¿Como crees que todo esto impactará el tema del cuidado a largo plazo de los adultos mayores?
6. En términos de acceso, que tan garantizado está en Colombia la posibilidad para adultos mayores de diferentes contextos (determinantes sociales ingresos, género, etnia, educación) ¿quiénes acceden más y por qué?
7. De acuerdo con lo anterior, ¿cuáles son las principales barreras que tienen los adultos mayores para acceder a servicios de largo plazo?
8. Desde tu experiencia, ¿Cuáles son los lugares y las personas sobre las cuales recae el cuidado a largo plazo de los adultos mayores?
9. ¿Desde tu experiencia, cuál es el rol de la familia en el cuidado a largo plazo? ¿idealmente cuál debería ser el rol de la familia en el cuidado?
10. En términos de la política de cuidado del país, como la ves, ¿crees que el estado ha dotado de herramientas a quienes se dedican al cuidado a largo plazo de los adultos mayores? Si no, ¿cómo debería enfocar el Estado el tema del cuidado a largo plazo para los adultos mayores?
11. ¿Para lograr tener un sistema de cuidado a largo plazo en el país, quienes son los actores esenciales para convocar?
12. Si quisieras mejorar el sistema de cuidados en el país, ¿cuáles serían las principales cosas a las que debería ponerle atención primero?

Anexo 6. Instrumento Entrevista 5

Nombre:

Perfil Institución: Hábitat Adulto Mayor

Ciudad: Medellín - Antioquia

Fecha de Entrevista: 26 de octubre de 2020

¿Firmó consentimiento informado?: Si: ☒ No: ☐

1. Antes que nada, quisiera que me contaras más de ti, de Hábitat Adulto Mayor y de tu rol en él.
2. Esta investigación se centra en el cuidado a largo plazo de los adultos mayores, desde tu perspectiva, ¿cómo estamos entendiendo este tipo de cuidados en Colombia?
3. Desde tu experiencia desde la salud, ¿Cuáles suelen ser las condiciones de los adultos mayores que necesitan cuidados a largo plazo?
4. En ese sentido ¿cuáles vienen siendo desde tu experiencia los cuidados a largo plazo más demandados por los adultos mayores en Colombia?
5. Con el tema de la pandemia y el Covid 19, ¿cómo se han modificado esas necesidades de cuidado a largo plazo para los adultos mayores? ¿Como crees que todo esto impactara el tema del cuidado a largo plazo de los adultos mayores?
6. En términos de acceso, que tan garantizado está en Colombia la posibilidad para adultos mayores de diferentes contextos (determinantes sociales etnia, raza, educación, ingreso) ¿quiénes acceden más y por qué?
7. Los adultos mayores que están en Hábitat, ¿cómo llegan a él? ¿Cómo se financia el centro?
8. De acuerdo con lo anterior, ¿cuáles son las principales barreras que tienen los adultos mayores para acceder a servicios de largo plazo?
9. Desde tu experiencia, ¿Cuáles son los lugares y las personas sobre las cuales recae el cuidado a largo plazo de los adultos mayores?
10. ¿Desde tu experiencia, cuál es el rol de la familia en el cuidado a largo plazo? ¿idealmente cuál debería ser el rol de la familia?
11. En términos de la política de cuidado del país, como la ves, ¿crees que el estado ha dotado de herramientas a quienes se dedican al cuidado a largo plazo de los adultos mayores? Si no, ¿cómo debería enfocar el estado el tema del cuidado a largo plazo para los adultos mayores?
12. Si quisieras mejorar el sistema de cuidados en el país, ¿cuáles serían las principales cosas a las que debería ponerle atención primero?

Anexo 7. Instrumento Entrevista 6

Nombre:

Perfil:

Institución: Fundación Amparo de anciano San José

Ciudad: Pasto, Nariño

Fecha de Entrevista: 16 octubre de 2020

¿Firmó consentimiento informado?: Si: x No:

1. Antes que nada, quisiera que me contaras más de ti, del Centro de bienestar San José y de tu rol en él.
2. Esta investigación se centra en el cuidado a largo plazo de los adultos mayores, desde tu perspectiva, ¿cómo estamos entendiendo este tipo de cuidados en Colombia?
3. Desde tu experiencia cómo cuidadora, ¿Cuáles suelen ser las condiciones de los adultos mayores que necesitan cuidados a largo plazo?
4. En ese sentido ¿cuáles vienen siendo desde tu experiencia los cuidados a largo plazo más demandados por los adultos mayores en Colombia?
5. Con el tema de la pandemia y el Covid 19, ¿cómo se han modificado esas necesidades de cuidado a largo plazo para los adultos mayores? ¿Como crees que todo esto impactara el tema del cuidado a largo plazo de los adultos mayores?
6. En términos de acceso, que tan garantizado está en Colombia la posibilidad para adultos mayores de diferentes contextos (Determinantes sociales raza, etnia, ingreso, educación) ¿quiénes acceden más y por qué?
7. Los adultos mayores que están en la fundación, ¿cómo llegan a ella? ¿Cómo se financia el centro?
8. De acuerdo con lo anterior, ¿cuáles son las principales barreras que tienen los adultos mayores para acceder a servicios de largo plazo?
9. Desde tu experiencia, ¿Cuáles son los lugares y las personas sobre las cuales recae el cuidado a largo plazo de los adultos mayores?
10. ¿Desde tu experiencia, cuál es el rol de la familia en el cuidado a largo plazo? ¿idealmente cuál debería ser el rol de la familia?
11. En términos de la política de cuidado del país, como la ves, ¿crees que el estado ha dotado de herramientas a quienes se dedican al cuidado a largo plazo de los adultos mayores? Si no, ¿cómo debería enfocar el estado el tema del cuidado a largo plazo para los adultos mayores?
12. Si quisieras mejorar el sistema de cuidados en el país, ¿cuáles serían las principales cosas a las que debería ponerle atención primero?