

Políticas de internalización en Colombia

En Colombia la *internalización del viejo* se lleva a cabo en hogares oficiales de nivel municipal, departamental o nacional y en hogares privados (asistencia-religiosos o con ánimo de lucro). Según un estudio del Banco de la República,¹⁵ complementado por los datos de esta investigación (1990) y los suministrados por el Ministerio de Salud, en 1989 estos establecimientos tenían las siguientes características:

De 310 instituciones, 96 son oficiales, así: 9 de la Nación, 33 de los Departamentos, 4 del Distrito Especial, 25 de las Beneficencias y 25 de los municipios. Y 214 son privadas así: 64 administradas y financiadas por las comunidades religiosas, 42 por Parroquias, 25 por Fundaciones sin ánimo de lucro, 49 por asociaciones y 34 entidades con ánimo de lucro.

Estos datos muestran el predominio del sector privado, 214 instituciones sobre un total de 310, especialmente ubicadas en las grandes ciudades o en las capitales de departamento.

El número de viejos en instituciones públicas (1989) era de 8.700 y en instituciones privadas ascendía a 14.300, para un gran total de 23.000 viejos internos. Si tenemos en cuenta que en 1985 había 1.669.364 de personas mayores de 60 años y 3.182.836 de mayores de 50 años, vemos que apenas un 0.49% de la población mayor de 50 años y 0.93% de la población mayor de 60 años tiene acceso a ellas.

En el año 1989, según datos del Ministerio de Salud había 2.096.640 de personas mayores de 55 años no cubiertas por algún régimen de Seguridad Social, y 3.000 personas mayores de 55 años que viven en la calle de la caridad pública en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga. Solamente un 0.85% de los senescentes mayores de 55 años está en alguna institución.¹⁶

15 Banco de la República. Fundación Asistencia en Colombia (1984).

16 CFr. Plan Nacional de Política Integral para la Población de la Tercera Edad en Colombia. Min-salud, 1989.

Por ende, una política social destinada a la población no beneficiaria del Sistema de Seguridad Social (el 81.9% de la población), debería contemplar el establecimiento de medidas compensatorias en subsidios a los familiares que atienden un viejo, y de vivienda, recreación, educación, transporte y salud para la población vieja sin recursos, como mecanismos para evitar la demanda por el internamiento en establecimientos públicos de alto costo unitario y mediores resultados en cuanto a calidad de vida.

Las instituciones para viejos en Colombia

Para evaluar el papel de las instituciones públicas y privadas para viejos en Colombia, se hizo un inventario de las mismas con base en el trabajo citado del Banco de la República (1984) actualizado, y luego se seleccionó una muestra para entrevistar a sus funcionarios y a los usuarios de las mismas, así como una serie de visitas para observar actividades realizadas, las características de la construcción y de las dotaciones, los reglamentos y las relaciones sociales.¹⁷

Con base en esta información, se plantean algunas impresiones que muestran que en tales instituciones predomina:

a) La masificación sobre la individualización

La mayoría de instituciones funciona en edificaciones adaptadas, no construidas especialmente como albergues para ancianos. Pero en cualquiera de los casos el número de usuarios es superior a la capacidad de las instalaciones, descartando la privacidad con excepción de algunos establecimientos privados con ánimo de lucro, financiados por los usuarios de altos ingresos, quienes por falta de parientes o por su propio gusto prefieren esta alternativa. La escasez de personal especializado y aun de personal de servicio, no permite cuidado personalizado y un conocimiento individual de las condiciones físicas, mentales y psicológicas de cada usuario.

b) La pasividad sobre la actividad

Las actividades laborales y recreativas existen en muchos establecimientos públicos y en los privados se complementan con programas de terapia ocupacional y actividades lúdicas. Sin embargo, el número de viejos que participa en ellos es mínimo, porque la mayoría no se siente motivada y permanece inactiva. Llama la atención que un número alto de viejos en instituciones públicas traba-

17 También se tuvieron en cuenta los trabajos realizados por los estudiantes Julio Hernán Pérez, Alfredo Carretero y Héctor Arias quienes en su calidad de Auxiliares de Investigación elaboraron sus Trabajos de Grado en Antropología sobre esta temática.

jan fabricando escobas y en panadería, pero muy pocas instituciones cuentan con actividades que mejoren la autoestima o aumenten el nivel educativo, cultural e intelectual de esta población. La inactividad es la norma y la participación en actividades sociales, recreativas y culturales es la excepción. Debido a la falta de estímulos para superarse como personas, los viejos internos son propensos al pesimismo, la depresión y el aislamiento.

c) **El encierro sobre la movilidad**

A excepción de los centros-día que funcionan como “lugares de encuentro”, recreación y actividades culturales (3 en Bogotá), las instituciones colombianas son mixtas (26) y el resto (284) cerradas. Estas últimas no permiten la libre movilidad del viejo, ni contactos con el mundo exterior, fuera de los estipulados en una serie de reglamentos bastante rígidos.

El contacto con gente joven se da en algunos casos gracias al trabajo de bachilleres que cumplen con una obligación escolar o al trabajo de universitarios practicantes en áreas de psicología, terapia, nutrición, enfermería y trabajo social, el cual, por su corta duración y características académicas, no es suficiente para crear en el viejo un sentido de solidaridad e intercambio con el mundo externo. Sin embargo entre 1986 y 1988, el ICBF auspició la presencia de personas mayores en el manejo de Hogares Infantiles y en los Hogares Comunitarios.

La revisión de los reglamentos, programas, estructura administrativa, nómina de personal, costos de operación y estructura física de las instituciones, así como el análisis de las entrevistas, permite señalar algunas características de las mismas, aunque de ellas no se podrían desprender generalizaciones. Un 50% de los ingresos a las instituciones es de personas entre 50 y 60 años de edad; de ellos un 25% muere en el primer año de internamiento.

El tiempo de permanencia varía según se trate de instituciones cerradas públicas o privadas. En las primeras, hay un promedio de 18 años de permanencia en la institución, mientras en las segundas es de 10 años.

Hay más población femenina que masculina con variantes regionales; la mayoría de las mujeres son viudas, madres solteras o abandonadas, mientras que la mayoría de hombres son solteros o viudos.

Un 90% de los viejos en las instituciones oficiales tiene algún pariente: hijos, hermanos o sobrinos, dato que se obtiene después del ingreso, mediante investigación de las trabajadoras sociales, ya que la mayoría de los viejos niegan tener familia o dicen “no saber dónde está” para poder acceder a los servicios, porque casi todas las instituciones prefieren recibir gente sola o abandonada.

Algunas entidades oficiales exigen responsabilidad de los parientes y todas las entidades privadas exigen algún pago y la asistencia periódica de familiares a ciertas reuniones, so pena de sancionar al viejo, quitándole algún privilegio o permiso, según el reglamento.

En las entidades privadas, el 95% de los viejos es llevado a la institución por un pariente quien se responsabiliza de sus gastos y mantiene algún contacto mediante visitas.

La población usuaria de las instituciones públicas es generalmente de bajos ingresos o de marginados callejeros recogidos periódicamente por la policía. Eso explica hasta cierto punto el “abandono familiar”, dado que este tipo de familia carece de ingresos suficientes para cuidar a sus viejos.

Instituciones de salud

En Colombia sólo existe un hospital geriátrico en Manizales, por lo cual la atención gerontológica se da en los hospitales generales y en centros de salud no especializados.

En 1988 sólo había 6 geriatras titulados y una veintena de médicos dedicados a trabajar exclusivamente con población vieja. No hay en el país unidades geriátricas definidas como “servicio médico-asistencial, con dotación de camas que incluye cuidados de enfermos agudos (hasta su rehabilitación), cuidados intermedios que pueden ofrecerse en consulta ambulatoria y atención para lograr la autovalidación, mediante atención domiciliaria”.¹⁸

Tampoco existen consultorios especializados en medicina asistencial, medicina preventiva y medicina social con orientación gerontológica, ni los llamados “hospitales de día” geriátricos. Estos consisten en una unidad de asistencia médica dinámica con un rol definido dentro de los niveles de geriatría asistencial, tendientes a iniciar o completar la rehabilitación, a reeducar las actividades cotidianas para que el viejo se pueda reintegrar a su hogar, continuar algunos tratamientos o aplicar terapias y asistencia social. Estas actividades favorecen la integración social del viejo y evitan su desarraigo familiar, sin contar con la significativa reducción de costos. En el país hay una serie de médicos y psicólogos que han presentado importantes propuestas en Congresos Nacionales e Internacionales, así como ante organismos oficiales.¹⁹ Sin embargo, las políti-

18 Papeschi, 1978.

19 Iriarte, Restrepo, Dulcey, Ardila y otros.

cas de salud para la vejez no contemplan un plan amplio en este campo o no se desarrollan las normas establecidas por Ley.²⁰

La revisión del número y características de los establecimientos específicos para viejos en el país, muestra que son escasos de acuerdo con la demanda y que su funcionamiento no es adecuado sino en pocos hogares privados para personas de altos ingresos. Las políticas nacionales de atención a la vejez se han ejecutado a medias en el contexto de la Seguridad Social dentro del cual no se cuenta con unidades sanitarias especializadas, ni con servicios geriátricos gratuitos (anteojos, sillas de ruedas, prótesis dentales, audifonos, muletas, cuellos ortopédicos, etc.) y mucho menos, con atención geriátrica domiciliaria tal como fue descrita en un aparte anterior.²¹

Sistemas alternativos

En Colombia hay dos variantes al modelo genérico de internado, ubicadas en las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín, a saber:

“Clubes de ancianos”, ubicados en instituciones mixtas y a cargo de la parroquia, los grupos particulares de voluntarios y la acción católica; y “hogares diurnos”, sitios donde los viejos pueden ir durante el día, con alimentación y algunas actividades laborales o recreativas.

La acción oficial en este campo es ínfima a nivel de barrio o de comuna y aunque la acción privada cumple algunas funciones espirituales, recreativas y económicas a través de centros privados, ésta no aparece como una verdadera alternativa frente a las políticas de internamiento o de responsabilidad familiar con ayuda estatal.

20 Confiérase Ordóñez Plaja et. al. 1990.

21 Confiérase Ordóñez Plaja et. al., 2a. edición, 1990.

