



De una reforma pensional a la protección integral de la persona adulta mayor*

From a pension reform to the comprehensive protection of the elderly person

{ Miguel Uprimny }**

* Recibido: 15 de diciembre de 2019. Aprobado: 15 de junio de 2020. DOI: <https://doi.org/10.18601/25390406.n5.05>

** Médico y cirujano y especialista en Pediatría de la Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Gerencia de la Salud Pública de la Universidad del Rosario. Especialista en Gerencia en Salud para Personas Mayores, CIESS – ALMA – OPS. Profesor de “Envejecimiento y Vejez” en la Especialización de Pensiones y Riesgos Laborales de la Universidad Externado de Colombia.

RESUMEN

Colombia está en un proceso de envejecimiento poblacional muy acelerado, que ha llevado a profundizar las inequidades del país. Debe afrontar el reto de lograr la protección social integral en la vejez, con perspectiva de toda la vida. Después de un análisis de la situación de las personas adultas mayores en Colombia, las propuestas de abordaje en la política pública del país y las orientaciones de organismos internacionales, se hace una propuesta de ajuste institucional de coordinación intersectorial que permita su ejecución, que incluye la creación de sistema de cuidados sociales, ajustes al sistema de salud y seguridad económica en la vejez.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento, vejez, protección social integral, cuidados.

ABSTRACT

Colombia is in a very accelerated population aging process, which has led to deepening inequities in the country. Thus, the country must face the challenge of achieving comprehensive social protection in old age with a lifelong perspective. After an analysis of the situation of the elderly in Colombia, the proposals for approaching the country's public policy and the guidelines of international organizations, a proposal is made for institutional adjustment of intersectoral coordination that allows its execution, which includes the creation of a social care system, adjustments to the health system and economic security in old age.

PALABRAS CLAVE

Aging, old age, comprehensive social protection, care services.

INTRODUCCIÓN

La vejez es el resultado de todo el transcurrir de la vida¹, o del envejecimiento individual entendido como el proceso continuo, que se inicia desde el nacimiento, en el que influyen las condiciones físicas, sociales, culturales, económicas, políticas e históricas en las que se vive las relaciones, cambios, transiciones y experiencias que lo van conformando, desde el nacimiento hasta la muerte².

1 Elisa Dulcey Ruiz, *Envejecimiento y vejez, categorías conceptuales* (Bogotá: Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano; Santiago de Chile: Red Latinoamericana de Gerontología, 2013).

2 OMS. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Los desafíos en la formulación de políticas públicas* (Luxemburgo: OMS, 2015).

Desde el punto de vista de envejecimiento poblacional, Colombia es un país en transición demográfica plena, mucho más acelerada de lo que se pensaba hace un tiempo y que requiere un abordaje distinto y diferencial por regiones.

Las diferencias regionales han sido una característica del país, que con frecuencia no se tienen en cuenta en las políticas públicas. Colombia es un país de países, en lo demográfico (país joven, transición moderada y viejo), en lo epidemiológico (de enfermedades infecciosas y crónicas y de violencia) y en su desarrollo (de ingresos medianos, altos y muy pobres). En esas distintas circunstancias y otras, como la soledad y las personas en condición de desplazamiento, se necesitan de cuidados sociales que no se han desarrollado de manera armoniosa y eficaz en el país. Estas diferencias son el resultado de grandes inequidades que se reflejan de manera muy acentuada en las personas adultas mayores, en las condiciones socioeconómicas, en la salud, la educación, el entorno social y físico, en la vida rural que muestran las marcadas inequidades por el solo hecho de ser viejo.

El Plan de Acción Internacional Madrid sobre el Envejecimiento de 2002^[3] y los contenidos de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores orientan a los Estados en el abordaje integral frente a la situación de vejez. La política colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez incorpora la mayoría de las materias de las orientaciones internacionales, pero ha tenido grandes dificultades en su aplicación porque, entre otras razones, no existe una instancia que permita la articulación de los diferentes sectores y entidades convocadas para que sea efectiva. Pretender que esta política se desarrolle desde el Ministerio de Salud es muy difícil por lo complejo del sector y porque no podrá desarrollar un sistema de cuidados sociales, porque terminan por no diferenciarse de los de salud, desfinanciados y mal prestados.

Se trata de responder en este escrito qué es y por qué es necesaria la protección integral para la vejez y cuál es un posible camino efectivo.

La propuesta consiste en que se logre visualizar la protección en la vejez, mucho más allá de una pensión para la vejez. Debe verse como un conjunto de actividades de soporte de la vida diaria, articuladas, que permitan a la persona vieja vivir bien y estar protegida, entendiéndolas como situaciones coyunturales y que las acciones deben realizarse en todo el transcurso de la vida. Se debe concebir como la búsqueda de la mayor autonomía posible para las personas viejas.

3
 ONU, *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España, 8 al 12 de abril de 2002 (Nueva York: ONU, 2003) <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Este documento trata cuatro de los aspectos que deben ser creados o ajustados para lograr la protección integral del adulto mayor, acordar un eficaz organismo articulador de las políticas de la persona adulta mayor que se haga cargo de su implementación, la creación de un sistema de cuidados sociales⁴, darle una orientación al sector salud con enfoque diferencial efectivo, y el esbozo de los aspectos para tener en cuenta frente a la seguridad económica.

Lo descrito se desarrolla en un marco general que incorpora un marco demográfico general que nos muestra el proceso de envejecimiento poblacional, algunas de las diferencias e inequidades del país que desembocan en los distintos países descritos. Se hace un recuento de la necesidad de cuidados por distintas circunstancias. Se realiza un diagnóstico sucinto de la situación de adulto mayor en Colombia que permite identificar y precisar las necesidades de cuidado e inequidades a corregir.

Un segundo capítulo es el gran marco de política de la propuesta que incluye las orientaciones internacionales y nacionales que se plantearon y que fijan los elementos del derrotero a seguir.

En ese contexto se hace la propuesta de protección integral al adulto mayor que incorpora los elementos más allá de la seguridad económica de la persona vieja.

Finalmente, se tienen conclusiones, recomendaciones y anexos con figuras que complementan los escritos.

MARCO GENERAL

MARCO DEMOGRÁFICO GENERAL — ¡MUCHAS MÁS PERSONAS VIEJAS DE LAS QUE CREÍAMOS!

Según la información arrojada por las ediciones del Censo Nacional de Población y Vivienda del DANE de 2018, la población mayor de 60 años en Colombia es del 13,4 % y la mayor de 65 años es de 8,52 %. Para los más de 48 millones de personas estimadas⁵, equivale a que más de 6,4 millones de personas son mayores de 60 años y más de 4 millones de 65 años. En la mayoría de los países europeos, Canadá y Estados Unidos, la población mayor de 65 años está

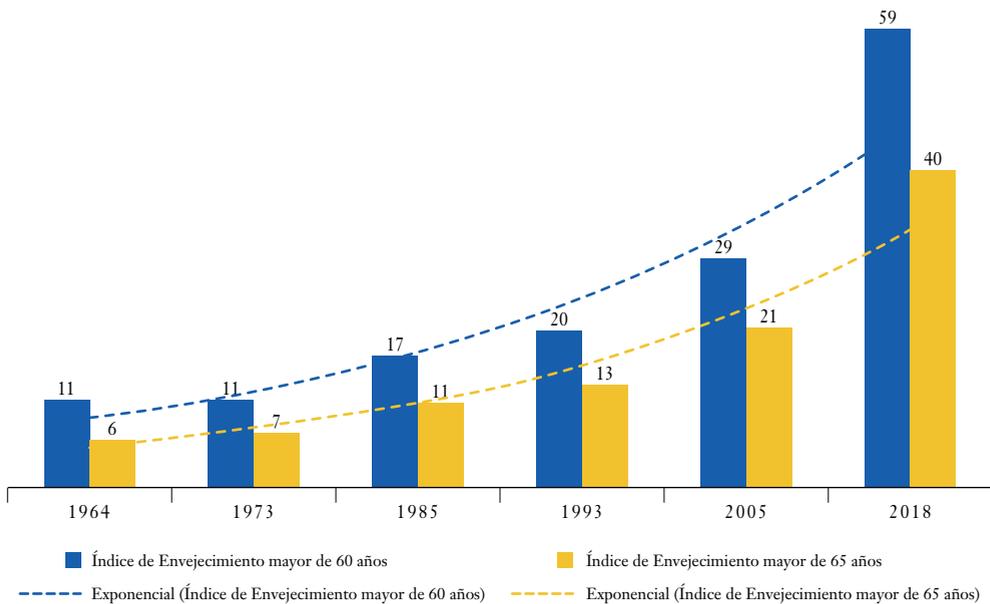
4 Denominados también sociosanitarios o complementarios.

5 Según el DANE, la estimación del total de personas es de 48 258 494 de colombianos a noviembre de 2019.

por encima del 15 %, otros, como Italia, Alemania y Japón, se encuentran por encima del 20 %, mientras que México está cerca del 8 % y Chile en el 10%⁶.

Conforme a la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Colombia, del 2015, la mediana de las personas viejas fue 69 años (rango: 60-108 años), con más de la mitad de la población adulta mayor en el grupo de 60-69 años (57,2 %), (30,2 %) en el grupo de 70-79 años y (12,6 %) de los de 80 y más⁷. Es muy llamativa la proporción importante de mayores de 80 años que es de más de medio millón.

GRÁFICO 1.
ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO 1964-2018



Fuente: DANE. Censos y demografía, datos consultados en noviembre del 2019.

El gráfico 1 muestra la tendencia del índice de envejecimiento, que para los mayores de 65 años ha pasado de seis a cuarenta, que expresa que por cada cien personas menores de 15 años hay 40 personas mayores de 64 años. Este índice en mayores de 60, que es la medida para países como Colombia, pasa de 11 a 59.

6 OCDE, *Elderly population (indicator)*. doi: 10.1787/8d805ea1-en (consultado el 15 de noviembre de 2019).

7 Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Universidad del Valle y Universidad de Caldas, *Encuesta SABE Colombia: Análisis Cualitativo*. (Bogotá: Pregraf Impresores S. A. S., 2016).

Según el DANE los indicadores demográficos del periodo comprendido entre 1985 al 2018 variaron así: el índice de envejecimiento de 11 a 40^[8], el índice de dependencia demográfica de 67 a 46^[9] y el de juventud de 30 a 26^[10].

De acuerdo con la encuesta SABE Colombia, “La transición demográfica que vive el país puede ser considerada que está en su fase plena o avanzada y aún más importante, que se acentuará en las próximas décadas”¹¹. De hecho, Alejandro González, profesor de la Universidad Externado, afirma que “Colombia (todas sus ciudades capitales, además de algunos municipios), que, como un todo, es decir, considerada como una sociedad relativamente homogénea (que no es el caso) está ya hace algunos años en una fase avanzada de transición demográfica”¹². Y que “mientras que los países considerados “avanzados” comenzaron sus transiciones [...] desde la segunda revolución industrial, entre 1750 y 1850, [...] y [...] fueron llegando a Fase 4 entre 1950 y 1970, requiriendo, al menos, entre 150 y 200 años para dichas transformaciones, a Colombia le tomó apenas unos 50 años, entre 1950 y 2000, arribar a estos estadios”¹³.

Estos datos generales dicen que *en promedio* Colombia se envejeció mucho más rápido de lo esperado y no está preparada para ello, ni mental, ni institucionalmente.

Sin embargo, los promedios esconden grandes diferencias y contrastes que dificultan mucho más el análisis.

COLOMBIA UN PAÍS DE PAÍSES —DE DIFERENCIAS E INEQUIDADES—

Las diferencias son muy importantes por departamentos, que se asocian con la pobreza, como lo demuestra Alejandro González en lo demográfico, y son contundentes. En la clasificación en fases de transición demográfica, estas diferencias son evidentes:

- La región del litoral Pacífico, una parte de la del litoral Caribe, una parte de la región de la Orinoquía y buena parte de la región de la Amazonía están todavía en fase 1, 2 o 3^[14].

8 Por cada cien personas menores de quince años hay cuarenta personas mayores de 64 años.

9 Por cada cien personas en edades potencialmente productivas (entre 15 y 64 años) hay 46 personas potencialmente dependientes (menores de 15 y mayores de 64 años).

10 Por cada cien personas mayores de 64 años hay 26 personas menores de 15 años.

11 Ministerio de Salud *et al.*, *Encuesta SABE Colombia (2016)*.

12 Alejandro González, “Transiciones demográficas, diferencias regionales y seguridades sociales. Contexto, criterios y técnicas de apoyo para la definición de políticas”, *Páginas de Seguridad Social* 2, n.º 4 (2018): 22. <https://doi.org/10.18601/25390406.n4.01>

13 González, “Transiciones demográficas”, 25-26.

14 González, “Transiciones demográficas”, 40.

- Las regiones andinas de las 3 cordilleras, especialmente, los altiplanos están en fases entre 3 y 4^[15].
- Las grandes capitales que integran el denominado “Rombo de Oro”: Bogotá, Medellín y Cali, así como las capitales del denominado “Eje Cafetero”, y ciudades como Tunja, Pasto e Ibagué parecen estar en fase 4 y dado su gran volumen poblacional conjunto, arrastran bastante el promedio nacional¹⁶.

Este se corrobora con el mapa del índice de envejecimiento, que incorpora la capacidad de reemplazo de la población al relacionar las personas mayores de 65 años con los menores de 14 años.

El índice de envejecimiento promedio de Colombia es 41, que significa que por cada 100 personas menores de 15 años hay 41 personas mayores de 64 años. En este mapa se observa claramente, las diferencias notables del índice de envejecimiento:

- Los departamentos de la zona Andina, claramente identificados con índice de envejecimiento mayor de 50. Los más envejecidos. En este se encuentran los países denominados desarrollados.
- La zona que equivale a la parte del litoral Atlántico y Pacífico y gran parte de la Amazonía con un índice menor de 30. Es típico de los países más pobres.
- El grupo de los que están en el promedio o cerca del promedio entre 31 y 50 en claro proceso de envejecimiento.

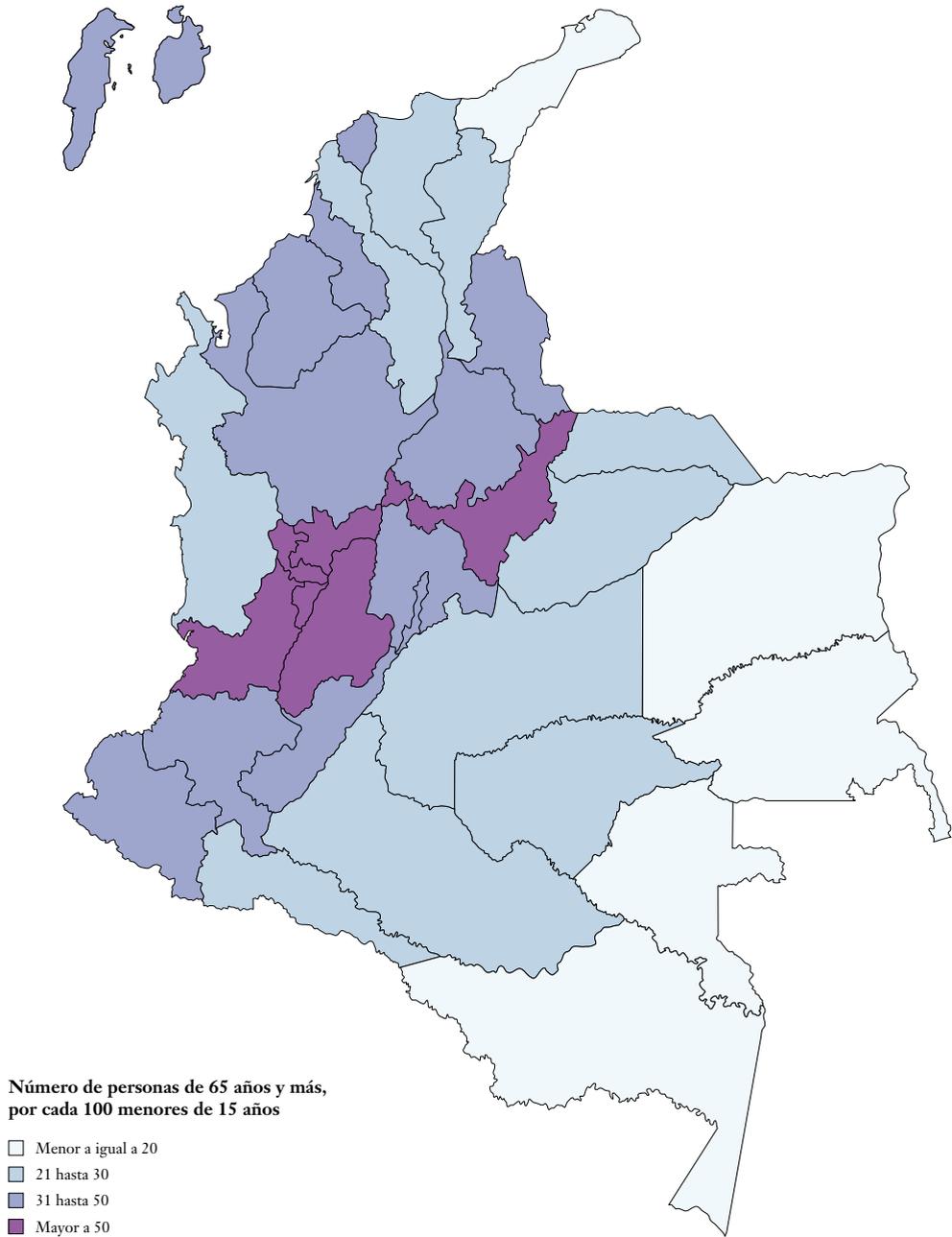
Colombia es un país reconocido por sus desigualdades sociales, por regiones geográficas, por zonas rural/urbano, por edad, por género y por ingresos. El coeficiente de Gini es el indicador más usado para medir las desigualdades en ingreso, y para el 2018, Colombia obtuvo una clasificación de 0,504, uno de los más altos del mundo, en contraste con países como Islandia, Noruega y Dinamarca, cuyo Gini está alrededor de 0,25. El anexo 1, gráfico 4, muestra las diferencias y tendencia en el tiempo.

En el anexo 1, denominado Colombia un país desigual–dimensión rural /urbana, se muestran las diferencias de la Colombia rural frente a la pobreza con un rezago muy importante: en incidencia de pobreza monetaria de 24,2 % a 36 % y multidimensional de 13,8 % a 39,9 % para un promedio del país de 27 % y 19,6 % respectivamente.

15 Ibíd.

16 González, “Transiciones demográficas”, 41.

FIGURA 1.
MAPA DE ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO POR DEPARTAMENTOS, 2018



Fuente: Dane, 2018.

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) del 2018 revela que la percepción de pobreza es de 28,1 % en las cabeceras municipales mientras que en los centros poblados y rural disperso la proporción es de 57,9 %¹⁷.

Más intensas las diferencias, entre departamentos, en pobreza multidimensional como las de Guainía en 65 % y Bogotá 4,4 %. En pobreza monetaria, Chocó con 21 % de pobreza monetaria y extrema del 10,2 % frente a Atlántico con 2,7 % y 0,3 %.

También se muestran las diferencias entre los departamentos en la brecha de pobreza y pobreza extrema: Chocó con 32 % y 16,5 % respectivamente y Risaralda con 5,5 % y 1,2 %. Se muestran las diferencias en otras medidas de pobreza muy significativas en el anexo mencionado.

Las diferencias son también en lo epidemiológico, es decir, frente a lo que se enferman y mueren las personas, que se reflejan en la figura 2.

Casi calcado de la anterior en el mapa se visualiza las distintas “Colombias” epidemiológicas:

- En la que predomina la mortalidad materna en naranja y enfermedades transmisibles en amarillo, situación típica de *países poco desarrollados*.
- La segunda, por causas externas, en azul, representadas por homicidio y accidentalidad. *País violento*.
- Y la tercera, la verde, *la desarrollada*, cuya causa principal son las enfermedades crónicas.

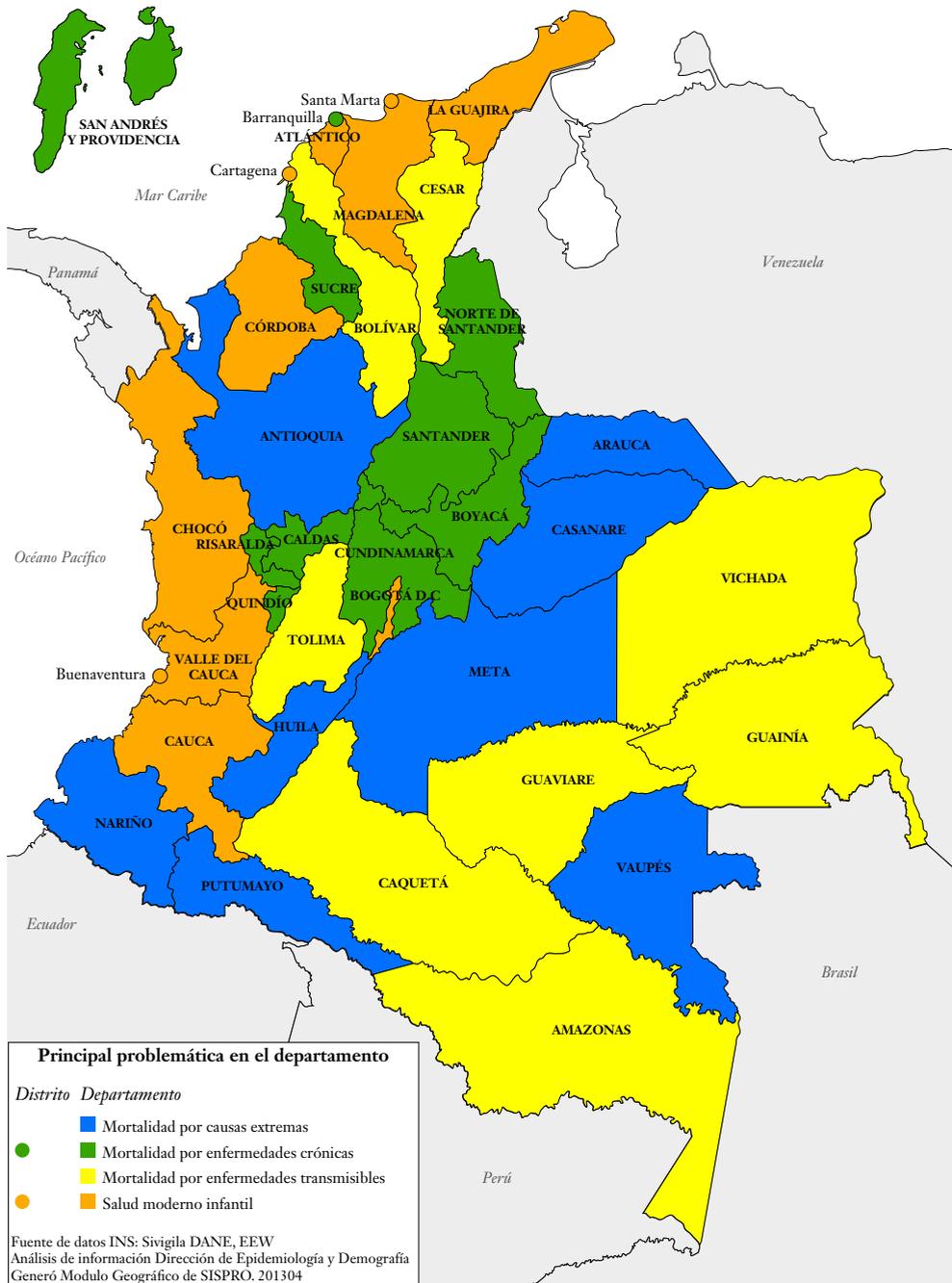
Estas diferencias injustas y remediabiles son tan graves que, en los últimos 20 años, todos los documentos de bases de los planes de desarrollo han buscado como eje o su equivalente la equidad, como problema o necesidad esencial a resolver en el marco del desarrollo del país. Los resultados han sido pobres y persisten grandes diferencias, sin que se haya logrado impactar positivamente los indicadores trazadores de desarrollo y de inequidad.

Las bases del Plan de desarrollo 2018-2022, como los planes de anteriores abordan un denominado *gran pacto por la equidad*.

Colombia tiene, entonces, varios países demográficos, varios epidemiológicos y en consecuencia varios sociales. Esto supone en política pública, entenderlo y hacer los ajustes regionales pertinentes.

17 DANE, *Boletín técnico: Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2018* (Bogotá: DANE, 2019). https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2018.pdf

FIGURA 2.
MAPA DE LAS COLOMBIAS EPIDEMIOLÓGICAS



Fuente: Tomado de Minsalud.

NECESIDAD DE CUIDADOS

Los cuidados a las personas en el transcurso de la vida en Colombia no se han visibilizado suficientemente como parte de una cultura que se iniciaría con el autocuidado, luego con el cuidado de los demás, del entorno cercano y que culmina con la conciencia del cuidado del mundo.

Aunque la vejez no puede asociarse en sí misma con dependencia, tal como ocurre en otros grupos de edad, estos se requieren de ellos con más frecuencia, por la presencia de enfermedades crónicas y la falta de cuidado histórica. En Colombia, la esperanza de vida es de 74 años en promedio, sin embargo, los años de vida perdidos por discapacidad son 17, de acuerdo con estudios de carga de enfermedad realizados entre 2005 y 2010. Este es el resultado de un transcurso de vida sin promoción de la salud que lleva a requerir durante gran parte de ese tiempo de la vida de cuidados.

Además, de acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, en Colombia el 7,2 % de la población que respondió, dijo presentar alguna dificultad funcional para realizar sus actividades diarias. Esto equivale a 3,4 millones de personas con algún grado de dependencia que requieren de cuidados de distinta índole. El final de la vida demanda sin duda de cuidados paliativos no médicos, con propuestas que deben buscar ser compasivas y dignificantes.

Otras situaciones sociales como la soledad, las personas habitantes de la calle, refugiados y en situación de abandono requieren también de estos cuidados. Las personas viejas con situaciones particulares y de dependencia en distintas situaciones requieren de estos.

El incremento de la carga de enfermedades crónicas de 76 % a 83 % que requieren igualmente de cuidados sociosanitarios¹⁸.

Los cuidados sociales se han desarrollado y ejecutado de manera desordenada en el país. En parte ha sido porque esta función se le ha sido asignada al Ministerio de Salud y Protección Social, sin ninguna asignación presupuestal para los servicios, que se ofrecen en una gran proporción por orden judicial.

No se ha logrado visibilizar la necesidad porque están mal definidos en su alcance, en las competencias y la responsabilidad para la prestación y no están explícitamente financiados —salvo algunos por los municipios y para algunos servicios puntuales.

Las redes de apoyo y las cuidadoras no se conocen, ni reconocen y no se acepta ni como necesidad ni como parte de la integración. Coexiste una gran

18 Cuando por efecto de una enfermedad crónica, se requieren cuidados, distintos a los de hospitalización en casa se denominan sociosanitarios.

confusión entre los ciudadanos, los organismos de control y en particular la Corte Constitucional, que ha incorporado estos cuidados sociales como servicios de salud¹⁹.

En ese sentido, tanto la institucionalidad actual, como la Corte se equivocan. Los cuidados sociales como cualquiera de los determinantes de la salud definidos por la oms, y que retoma la observación catorce de Derechos Económicos y Sociales (DESC), como aquellos factores que determinan la salud de una persona o comunidad. Si ese fuese el camino correcto, el sistema de salud y el sector de la salud debería hacerse cargo de todos los determinantes intermedios y estructurales: educación, vivienda, condiciones de vida y cultura, ingreso familiar, trabajo y desarrollo social, agua, saneamiento ambiental, disponibilidad de alimentos, integración familiar, urbanización, entre muchos otros. Los servicios de salud deben entenderse mejor como los servicios sanitarios porque son tecnologías sanitarias, muy precisas y no como cualquier situación que impacte la salud de las personas o la integralidad.

Los cuidados sociales son claramente un determinante de la salud, pero sin duda alguna no es una tecnología sanitaria. Entonces, no son y no deben ser parte del sistema de salud. La razón fundamental es porque no son tecnologías sanitarias, los equipos de salud no los saben prestar, los desfiguran y los convierten en medicalizados.

En conclusión, por las condiciones de dependencia crecientes en el país, por efecto de la alta prevalencia de enfermedades crónicas, por la falta de cuidados a lo largo de la vida que ha llevado a la pérdida de la autonomía en la vejez, se debe desarrollar un verdadero sistema de cuidados sociales. Este debe incorporar otras situaciones sociales que así lo requieren, tales como el desarraigo, la soledad y las personas en condición de desplazamiento.

SITUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN COLOMBIA

Para poder entender la dimensión de la necesidad de cuidados en la persona adulta mayor, se hace necesario hacer una descripción muy general de su situación en Colombia.

La información que se muestra en este apartado se toma principalmente de la encuesta SABE Colombia 2015, de sus presentaciones y del resumen ejecutivo

19 Colpensiones y oiss, *Estudio de los programas de atención al adulto mayor en Colombia, Brasil, Costa Rica y Uruguay, de acuerdo con la normatividad y las buenas prácticas existentes*, tomo II. (Bogotá: Colpensiones y oiss, 2018) <https://www.oissobservatoriovejez.com/wp-content/uploads/2018/11/Tomo-2-Adulto-Mayor-October-2018.pdf>.

publicados en la página del Ministerio de Salud de Colombia, complementados estos con datos oficiales del DANE y DNP.

Como lo que se pretende es mostrar las inequidades por ser viejo y el objeto de este escrito no es caracterizar a las personas adultas mayores, se invita a las personas interesadas a revisar en detalle la encuesta.

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DE LOS ADULTOS MAYORES²⁰

El 80 % de las personas mayores de 60 años viven en las ciudades, las diferencias en los indicadores en todos los aspectos para las personas que viven en zonas rurales son muy significativos. Este 20 % que viven en la ruralidad equivalen a 1,2 millones de personas adultas mayores²¹.

a. Edad

Con una edad mediana de 69 años con un rango entre 60 y 108 años, la distribución de edad en la encuesta se puede resumir en el cuadro 1.

CUADRO 1.

Grupos de edad	
60 a 69	57,2%
70 a 79	30,2%
más de 80	12,6%

Fuente: Encuesta SABE Colombia, 2015.

Tal como se dijo, se estima que 6,5 millones de personas son mayores de 60 años, más de la mitad de los adultos mayores es menor de 70 años, y es muy significativo el número de mayores de 80 años que hoy son más de 600 000, personas y de ellas las mujeres son el grupo con el incremento mayor de manera absoluta y proporcional²².

La proporción de personas viudas aumenta de 11 % (60-64 años) a más de la mitad (56%) a los 85 y más años.

20 Datos obtenidos del resumen ejecutivo y presentaciones de la encuesta SABE Colombia 2015.

21 Cálculos sobre la población mayor de 60 años del censo de 2018 realizado por el DANE.

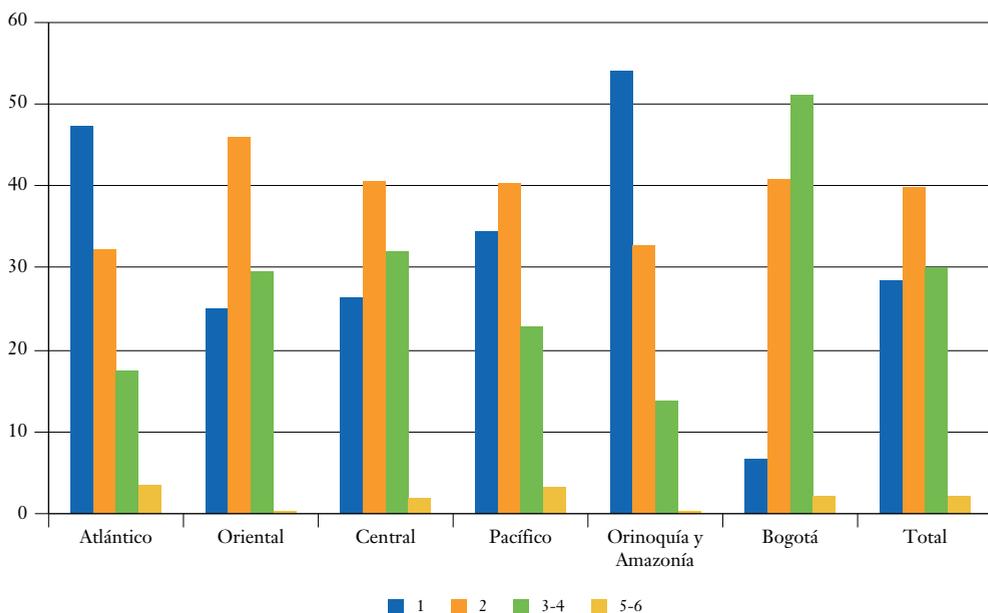
22 Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, *SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Resumen ejecutivo* (Bogotá: 2015) <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCF1/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>

b. Estrato socioeconómico

Es el reflejo de las diferencias regionales del país: el gráfico 2 habla por sí solo. Se demuestra de nuevo lo planteado en el apartado inicial frente a las diferentes “Colombias”, ahora en la distribución socioeconómica de las personas viejas.

En las regiones más pobres como la Amazonía y Orinoquía predominan los estratos socioeconómicos más pobres.

GRÁFICO 2.
ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES



Fuente: Encuesta SABE Colombia, 2015.

c. Autorreconocimiento étnico

Los encuestados se identificaron como raza blanca (30,2 %) o mestiza (46,2 %) principalmente, seguida por negra 6 % e indígena 5 % y mulata 3,3 %.

d. Educación

En el grupo de personas adultas mayores, según la encuesta SABE, hay grandes diferencias en nivel educativo frente a la población general:

Justo el 50 % tiene nivel de educación básica primaria y solo el 11 % más que secundaria. Más del 30 % no sabía leer ni escribir en las zonas rurales en contraste con las zonas urbanas que es de un poco más del 10 %. Del 16,5 %

de los que no sabían leer ni escribir²³, son de estrato socioeconómico 1 y 2 más el 68 %²⁴, con enormes diferencias regionales, como se observa en el anexo 3, en la figura 5.

A mayor edad más personas viejas que no saben leer ni escribir: entre 60 y 64 años apenas el 10 % y los mayores de 80 años el 30 %.

En promedio la población adulta mayor solo alcanzó 5,5 años de escolaridad a diferencia del promedio de años de educación de las personas de 15 a 24 años de 10 años. Menos del 1 % se encontraba estudiando. Los bajos niveles educativos aumentan con la edad y son mayores en la zona Atlántica.

e. Trabajo

Las personas adultas mayores reportaron haber trabajado un promedio de 35,9 años. El trabajo que desplegaron fue 34,0 % como obrero o empleado particular, 9,6 % independiente, 6,9 % jornaleros rurales, 2,5 % obreros o empleados del gobierno, 11,3 % empleados domésticos.

Los que trabajan todavía son el 39 %: el trabajo actual se encontró que aproximadamente 60 % de la población adulta mayor trabaja por cuenta propia, obrero o peón el 11,7 % y 9,7 % trabaja como empleado en empresa particular. Menos del 5 % en el resto de las categorías.

La mayoría de quienes trabajan lo hacen porque necesitan del dinero (60,7 %) o para ayudar a la familia (13,2 %). Menos del 10 % de la población adulta mayor trabaja para mantenerse ocupada, para sentirse útil o el 9,5 % porque le gusta el trabajo que realiza.

f. Ingresos

La encuesta muestra unos datos que son muy importantes frente a las inequidades de la persona vieja: el 27 % no recibió dinero en el último mes, más del 55 % recibieron menos de un salario mínimo, con diferencias de urbano/rural tan importantes como del 50 % al 76,9 %.

La fuente de los ingresos de los que recibieron fueron el 30,4 % por trabajo, 28,5 % por pensión, aportes de familiares 29,7 % y 20,5 % subsidios estatales; de arriendos, rentas o inversiones el 12 %, giros el 3,9 %, institución o persona 3,2 %; las principales fuentes de ingresos en los hombres son el trabajo o la pensión, mientras que en las mujeres son los aportes de familiares.

23 Que se incrementa con la edad y que en mayores de 85 años supera el 30 %.

24 Del 1: 28,4 % y del 2: 39,7 %.

El 55 % recibe menos de un salario mínimo y en la zona rural más del 75 %; el 19,7 % un salario mínimo y solo el 2,4 % más de cuatro²⁵.

g. Gastos

“Más del doble de los hombres en comparación con las mujeres sufraga de manera autónoma sus gastos. En particular, mientras un 40%-50% de los hombres paga en su totalidad los gastos de la casa, comida, ropa, paseos y transporte, entre las mujeres 18%-28% lo hace”²⁶.

SALUD

La salud de las personas depende de sus determinantes, algunos ya se han visto, tales como el medio o entorno. Otros son de origen genético, poco modificables, unos terceros tienen que ver con el autocuidado y estilo de vida, finalmente, aunque solo responsable de menos del 20 % de la salud de las personas, que dependen de la disposición de los servicios de salud, es decir, el sistema de salud. Es de este último que se hace un resumen:

La gran mayoría de los adultos mayores, 98 %, está afiliado al sistema de salud. Sin embargo, los resultados no son los mejores, por lo analizado, por su historia y porque los servicios no se adecúan a las necesidades de ellos y en gran parte del país la oferta de servicios de salud y de talento humano que conforman los equipos de salud son insuficientes o no existen²⁷.

La autopercepción de salud se considera muy buena: 5,6 %; buena: 45,6 %; regular: 41,4 %; mala: 6,7 % y muy mala: 0,7 %. La ECV muestra que la población general considera buena y muy buena su salud en el 80 % de los casos, frente apenas el 52 % de las personas mayores que considera inadecuada su salud, que equivale a tres millones de ellos²⁸.

Uso de los servicios de salud: el 74,4 % consultaron en último mes. El 25,6 % tuvieron problemas de salud y no consultaron. Casi la mitad de ellos no lo hizo, porque era leve. Se hospitalizaron en el último año en promedio el 13% (cerca del 10% en personas entre 60 y 74 años y del 18 % por encima de 75 años).

Autonomía: en cuanto a funcionalidad o autonomía: el 79 % de la población es independiente en sus actividades de vida diaria (AVD) básicas, se deteriora con la edad y hay mayor dependencia en las mujeres y en estratos socioeconómicos

25 Si se comparan estos datos con la población general, son claramente inequitativos.

26 Ministerio de Salud *et al.*, *Encuesta SABE Colombia (2016)*, 95.

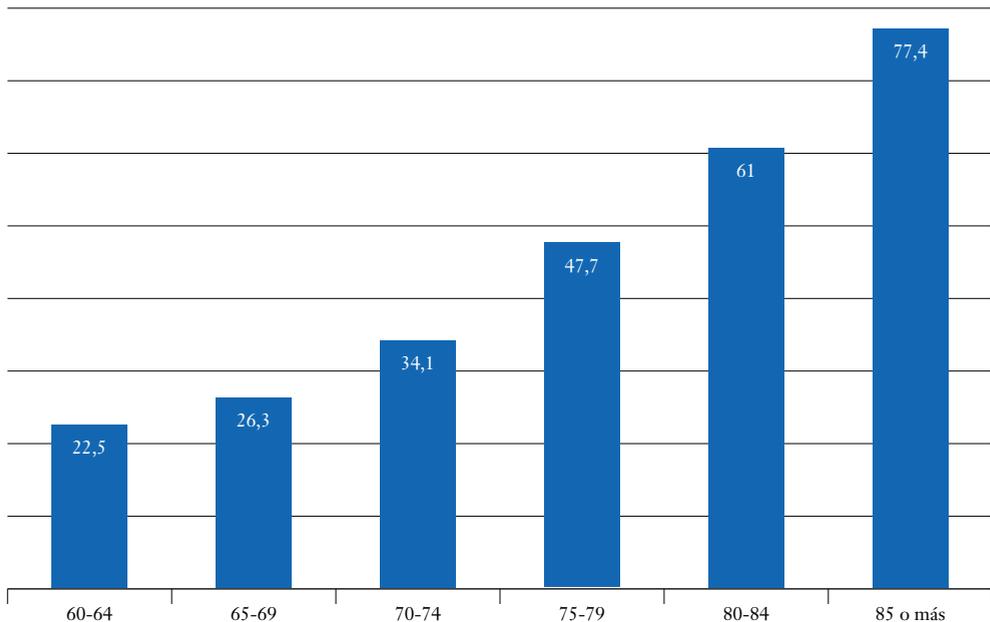
27 Ministerio de Salud y Colciencias, *SABE Colombia 2015: Resumen ejecutivo (2015)*.

28 DANE, *Boletín técnico: ECV (2019)*.

bajos. Distribución del autoreporte de limitación funcional ocasionada por la actual condición de salud, el 14,6 % de los hombres frente al 18,9 % de las mujeres, comparado con el 7,2 % de la población general.

El 20,8 % presentan dependencia en al menos una de las actividades básicas. Son 1,3 millones que son potenciales usuarios de una ayuda técnica, servicio de apoyo o cuidado.

GRÁFICO 3.
DISTRIBUCIÓN DE LIMITACIÓN FUNCIONAL POR EDAD



Fuente: Ministerio de Salud *et al.*, Análisis cuantitativo de la encuesta SABE Colombia, 2016.

- Corresponden al estrato 1 la mayor proporción (40 %).
- Entre 3,5 % y 11,9 % necesitaron ayuda para realizar alguna de las AIVD y entre 2,5 % y 8,7 % fueron incapaces de hacerlas.

Más de seiscientos mil personas en el primer caso y trescientos cincuenta mil para el segundo²⁹. Estos datos nos dan una idea de las necesidades de cuidados en distintos niveles, las diferencias marcadas entre hombres y mujeres. Este es un efecto directo de las inequidades de género, la doble o triple jornada de muchas mujeres que se refleja en ello. Se muestra la clara feminización de la vejez.

.....
29 Ministerio de Salud *et al.*, Encuesta SABE Colombia (2016).

ENTORNO

a. Entorno social

La mayor proporción los hombres tienden a vivir en familias nucleares, mientras que las mujeres viven principalmente en familias extensas y una mayor proporción de hombres vive solo, las familias nucleares son más frecuentes entre los más jóvenes y las compuestas entre los de mayor edad.

La gran mayoría de las personas adultas mayores (entre 85% y 95%) recibe apoyo emocional en la forma de compañía y afecto.

En la Encuesta SABE Colombia se encontró que 61,2% de las personas adultas mayores reportó que durante la infancia su condición económica había sido regular y mala, 28% sufrió hambre, 9,8% reportó su salud como mala y muy mala en esta etapa de la vida, 18% estuvo expuesta a condiciones de violencia y entre 1,6% y 50% sufrió alguna enfermedad renal, hepatitis, sarampión, tuberculosis, fiebre reumática, asma o bronquitis.

En la participación social, se observó que más de la mitad de la población adulta mayor refirió participar de algún grupo. Quienes más participan son las mujeres y los de menor edad. Los grupos religiosos son la categoría a la que asisten en mayor medida las personas mayores³⁰.

El 9,3 % viven solos y son jefes de hogar, el 63,8 % son beneficiarios de programas sociales, 18 % de Colombia mayor y 4,2 % en Programa de Alimentación.

El 85 % refiere recibir compañía y afecto —soporte emocional por los hijos—. Sin embargo, el 30 % reportó no recibir ningún tipo de apoyo. Llama la atención que el 15,4 % reportó haber sido desplazado alguna vez por violencia o conflicto armado³¹.

Hay clara diferencia en el uso de tecnologías de la información y comunicaciones, por ejemplo, el uso de computador e internet con una diferencia de 9,2 % urbana y 1,1 % rural.

Autopercepción de vejez y discriminación: dos terceras partes no se consideran viejos y la misma proporción cree que no ocupa el lugar que le corresponde en la sociedad. Más de la mitad asocia la vejez con dependencia, fragilidad y discriminación, especialmente las personas solteras y los hombres.

30 Ibid.

31 Ministerio de Salud y Colciencias, *SABE Colombia 2015: Resumen ejecutivo* (2015).

El maltrato en general fue del 12,9 %, que es más frecuente en mujeres, a mayor edad y en estratos socioeconómicos bajos y en la zona rural. El más habitual fue el emocional o psicológico y el de menor frecuencia, el sexual.

El desplazamiento forzado por la violencia: el 16 % de esta población fue desplazada por violencia y conflicto armado y de ellos, más del 80 %, ha sufrido este evento más de una vez a lo largo de la vida.

b. Entorno físico

Frente a las *condiciones de la vivienda*: 63 % viven en casa propia, 18 % viven de arriendo y 12 % vivienda de propiedad familiar. El 11 % de los adultos mayores colombianos viven en hacinamiento, mientras que el 95,0 % de las viviendas de la zona urbana dispone de servicio de alcantarillado, solamente el 24,8 % de la zona rural lo poseen. El 14 % del área rural tiene todos los servicios públicos frente al 92 % de la zona urbana. El 52 % usa como principal medio de transporte el transporte público y el 70 % utiliza transporte sin ayuda de terceros.

La percepción respecto de la infraestructura física de su vecindario fue negativa, especialmente en el área rural: 26,7 % refirió que en su vecindario hay muchas aceras y andenes irregulares, 24,3 % no tienen transporte público cerca de la vivienda, 43,5 % consideró que no hay parques o áreas para caminar, 48,3 % dijo que no hay centros deportivos o de recreación 67,8 % menciona que no hay sitios para sentarse o descansar en las paradas del bus o en parques, 79,0 %, menciona que para las personas con discapacidad no hay transporte público y 86,2 %, menciona no tener parqueaderos adecuados.

Los asuntos sociales del vecindario que fueron considerados por las personas adultas mayores como un problema mayor, en el sentido de sentirse inseguro y en ambiente inadecuado: (29,2 % son el expendio y uso de drogas, 26,9 % son la delincuencia, 24,8 % la presencia de pandillas o vandalismo, 24,3 % el abuso de alcohol en las calles, 23,9 % la presencia de basuras y 21,6 % el ruido excesivo)³².

RESUMEN DE NECESIDAD DE LAS PERSONAS VIEJAS EN COLOMBIA

Se desprende de esta información las diferencias muy marcadas en la vejez de las personas con inequidades importantes. Todos estos datos contrastan fuertemente con los otros grupos de edad y los promedios nacionales.

32 Ministerio de Salud y Colciencias, *Presentación Estudio SABE Colombia 2015* (mayo de 2016).

Las diferencias muestran la necesidad de corregir en el corto y mediano plazo que requiere la actualización en la educación y en el uso de informática, en particular, en las zonas más pobres y las rurales.

Además, es contundente la necesidad de protección en el trabajo, en los ingresos y en los gastos.

Frente a la provisión de los servicios de salud es indispensable reenfocarlos a sus necesidades y morbilidad. El apoyo, a través de ayudas y cuidados que permita lograr la máxima autonomía posible, es necesario.

Los estudios, y en particular la encuesta SABE Colombia 2015, muestran la necesidad de impulsar el desarrollo de redes, el impulso a la participación social y en grupos sociales, mecanismos para identificar y gestionar los estereotipos negativos de la vejez, la discriminación y el maltrato.

El entorno físico incluyente que permita a todos y especialmente al viejo su movilidad y su disfrute es un asunto por resolver.

MARCO POLÍTICO DE LA PROPUESTA

En el primer apartado se analizó el proceso de envejecimiento poblacional de Colombia que en promedio se caracteriza por ser muy rápido y que está en transición demográfica prácticamente en fase avanzada. Sin embargo, se han identificado, desde lo demográfico por lo menos tres regiones con niveles de transición distintos: la región del litoral Pacífico, una parte de la del litoral Caribe, una parte de la región de la Orinoquía y buena parte de la región de la Amazonía están todavía *en fase 1, 2 o 3*; las regiones andinas de las 3 cordilleras, especialmente, los altiplanos, están entre fases 3 y 4, y *las grandes capitales* que integran el “Rombo de Oro”, excepto Barranquilla, así como las capitales del denominado “Eje Cafetero” y ciudades como Tunja o Villavicencio, parecen estar en fase 4, y dado su gran volumen poblacional conjunto, arrastran bastante el promedio nacional.

Teniendo en cuenta estas diferencias regionales en el proceso de envejecimiento poblacional que además corresponden con los de mayor o menor desarrollo y de pobreza, entendiendo que en lo individual es un proceso que se inicia prácticamente desde el nacimiento, y conforme se vive la vida, tiene como consecuencia la vejez. Entendiendo que esa dimensión cultural que tiene que ver con las condiciones de vida en que se desarrolla la persona mayor, influyen de manera definitiva en la vejez.

Para la vejez, o mejor, las distintas vejezes, la mirada desde el envejecimiento tanto poblacional como individual, se vuelve un imperativo diseñar la política en perspectiva de vida entera y de manera integral. Sin embargo, de manera transicional, para la vejez, por su abandono histórico en su protección,

es pertinente el enfoque diferencial y una acción afirmativa que traduce protección para este grupo de edad que por lo menos es integral.

El apartado anterior nos muestra las inequidades por ser viejo a la que se le suman las del país, planteadas en el capítulo anterior.

En ese contexto, las políticas públicas sociales, en Colombia y en gran parte del mundo, se han visto y desarrollado de manera sectorial, desarticuladas, segmentadas en el tiempo, por grupos de edad, por zonas geográficas.

MARCO INTERNACIONAL

Las orientaciones internacionales han insistido en el abordaje integral y con enfoque diferencial frente a los distintos aspectos que influyen en la vida de las personas viejas. En el marco del Plan de Madrid de Envejecimiento y Vejez cuya orientación incluye tres ejes que se interrelacionan: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, así como la creación de un entorno propicio y favorable.

En el cuadro 2 se puede detallar la materia o cuestión que se incluyen en cada una de las dimensiones.

CUADRO 2.
ORIENTACIONES DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL MADRID
SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (2002)

Orientación	Materia o cuestión
Las personas de edad y el desarrollo	1. Participación en la sociedad y en el desarrollo, 2. El empleo y el envejecimiento de la fuerza de trabajo, 3. Desarrollo rural, migración y urbanización, 4. Acceso al conocimiento, la educación y la capacitación, 5. Solidaridad intergeneracional, 6. Erradicación de la pobreza, 7. Seguridad de los ingresos, protección social /seguridad social y prevención de la pobreza ,8. Situaciones de emergencia.
El fomento de la salud y el bienestar en la vejez	1. El fomento de la salud y el bienestar durante toda la vida, 2. acceso universal y equitativo a los servicios de atención de la salud, 3. Las personas de edad y el VIH/SIDA, 4. Capacitación de los proveedores de servicios de salud y de los profesionales de la salud, 5. Necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de edad, 6. Las personas de edad con discapacidad.
Creación de un entorno propicio y favorable	1. La vivienda y las condiciones de vida, 2. Asistencia y apoyo a las personas que prestan asistencia, 3. Abandono, maltrato y violencia, 4. Imágenes del envejecimiento.

Fuente: Plan de Acción Internacional Madrid sobre el envejecimiento, 2002.

Esto implica profundizar mucho más allá de la seguridad en los ingresos que trata la penúltima materia de la orientación de las personas de edad y el desarrollo. En esta dimensión impulsar distintas formas de trabajo, el desarrollo integral del campo y los mecanismos para fortalecer la solidaridad intergeneracional.

De igual forma es necesario hacer unos ajustes, aunque de mucho menor, dada la cobertura actual del sistema de salud, para dar respuesta a la orientación de fomento de la salud y el bienestar en la vejez. El sistema de salud con una cobertura universal del seguro de salud en los adultos mayores³³, y que estos utilizan en una gran proporción³⁴, hay diferencias muy importantes en los resultados en salud entre las zonas rurales y por estrato socioeconómico. En este caso, el modelo deberá ser diferencial frente a la discapacidad, VIH/SIDA, entrenamiento a los equipos de salud y enfermedad mental y zonas rurales³⁵.

La búsqueda de un sistema de cuidados que incorpore los apoyos necesarios y ayudas en la vida cotidiana es el reto por resolver en la orientación de creación de un entorno propicio y favorable y para cubrir las necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de edad y las personas de edad con discapacidad.

La noción de igualdad no se refiere únicamente a la distribución de los ingresos monetarios. Sin desconocer la importancia fundamental de esta dimensión, la CEPAL ha ampliado su alcance, destacando su carácter multidimensional: se trata de la redistribución de ingresos, activos y recursos, pero también de la autonomía, del reconocimiento de los sujetos y de su dignidad³⁶.

La Mesa de Trabajo sobre Envejecimiento y Vejez, en particular el transcurso de vida, ha planteado desde hace más de 10 años la importancia de no abordar la protección desde la vejez, sino entenderla desde el transcurso de vida, con enfoque diferencial frente al rol de la mujer, las distintas “colombias”, rural/urbana y las pobrezas.

La mayoría de los países que pertenecen a la OCDE, así como varios países latinoamericanos incluyen como parte de la protección social en la vejez

33 Por encima del 95 %, según la encuesta SABE Colombia 2015.

34 Datos tomados de la encuesta SABE Colombia 2015.

35 El modelo MIAS de salud ya incorpora algunos aspectos y da el espacio para desarrollar otros.

36 Ana Sojo, *Protección social en América Latina, La desigualdad en el banquillo*, Libros de la CEPAL, 143 (Santiago de Chile: CEPAL, 2017) https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41105/S1600819_es.pdf

no solo la financiera, sino también los cuidados sociales a la dependencia, el acceso a los servicios de salud, mejor denominados: sanitarios.

La observación de S. Huenchuan y A. Rovira frente los contenidos de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en sus tres categorías: derechos emergentes, derechos vigentes y derechos extendidos, y su relación con los ODS en el sentido que

El conocimiento más profundo de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores sirve de guía para poner énfasis en las personas mayores en la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de la igualdad y no discriminación, y resulta particularmente útil para la implementación y seguimiento de los ODS 1.3 sobre protección social universal, 3.8 sobre cobertura universal en salud, 5.4 sobre reconocimiento y valor de los cuidados y 17.18 sobre disponibilidad de datos oportunos, fiables y de gran calidad desglosados, entre otros criterios, por edad³⁷.

En esa mirada, la propuesta de la protección social desde la perspectiva de igualdad incorpora seguridad económica, la salud y bienestar y los cuidados de largo plazo.

MARCO NACIONAL DE ABORDAJE DE LA PROTECCIÓN INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR

La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024, formulada en agosto del 2015, aunque bien orientada podría tener dificultades en su implementación. Contiene cuatro ejes:

1. *Promoción y garantía de los derechos humanos de las personas adultas mayores* que incluye: el fortalecimiento de la participación ciudadana e integración social de los individuos y colectivos de personas adultas mayores, promoción y formación en derechos de las personas adultas mayores, protección legal, gestión normativa y fomento del acceso ciudadano a la justicia, y el monitoreo y evaluación del cumplimiento de los derechos humanos de las personas adultas mayores.
2. *Protección social integral* que contiene: la ampliación de la seguridad en el ingreso, la protección y garantía del derecho a la salud, el desarrollo

37 Sandra Huenchuan y Adriana Rovira (eds.), *Medidas clave sobre vejez y envejecimiento para la implementación y seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe* (CDMX: CEPAL, 2019) <http://hdl.handle.net/11362/44806>

- de la promoción y asistencia social, el fomento de la seguridad alimentaria y nutricional, la promoción de vivienda digna y saludable y el reconocimiento y protección del envejecimiento rural.
3. *Envejecimiento activo, satisfactorio y saludable*: la creación y fortalecimiento de espacios y entornos saludables, la construcción de culturas del envejecimiento humano y el bienestar subjetivo en la vejez, y la promoción, incorporación y práctica de estilos de vida saludable.

Formación del talento humano e investigación con las líneas de desarrollo de investigación sobre envejecimiento humano y vejez, y la ampliación de la formación de talento humano de niveles técnico, profesional y especializado³⁸.

Cada una de las orientaciones con las líneas de acción expuestas y metas explícitas, a las que se les puede aplicar el mismo argumento, entre otros que tuvo para la actualización de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez: “es pertinente concluir que la fortaleza y experticia demostradas en la formulación no necesariamente se evidencian en la implementación”³⁹ por varias razones: en Colombia los mecanismos de articulación o coordinación intersectoriales son muy difíciles de implementar y requieren de mecanismos legales de muy alto nivel, que obliguen a toda las organizaciones para hacerlo. Por otro lado, el Ministerio de Salud no parece ser la institución para liderarla y desarrollarla por cuanto tiene la tensión entre el desarrollo de los servicios sanitarios (o de salud) y lo llamados sociales complementarios (sociosanitarios), que nunca podrán ser financiados en un sector desfinanciado y además cuyo enfoque no es social, sino medicalizados. Por otro lado, es indispensable diferenciar clara y contundentemente el uno del otro.

LA PROPUESTA DE LAS BASES DEL PLAN DE DESARROLLO 2018-2022

Sobre un diagnóstico que confirma las dificultades graves en la seguridad económica en la vejez incluyendo el sistema de pensiones, la necesidad creciente de cuidados, una institucionalidad que es incapaz de responder a las necesidades crecientes de los adultos mayores y una política diferencial en salud.

Incorpora las siguientes estrategias:

1. *Seguridad económica en la vejez*, impulsando los mecanismos actuales: cotización, BEPS, rentas vitalicias, subsidios (Colombia Mayor), apoyo al

38 Ministerio de Salud y Protección Social, *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024* (Bogotá: 2015), 27- 36. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

39 Ministerio de Salud, *Política Colombiana de Envejecimiento*, 5.

- emprendimiento, implementación de políticas que permitan instaurar programas integrales y complementarios de protección a la vejez, en materia pensional se pretende superar la competencia entre los dos regímenes existentes.
2. *Cuidado de las personas mayores* a través del establecer las pautas sobre la oferta de servicios y la formación de talento humano para el cuidado y la creación de oferta de cuidadores.
 3. *Envejecimiento activo y saludable* para una vida digna e independiente con el entrenamiento de equipos de salud y formación de los adultos mayores.
 4. *Hacia una institucionalidad, suficiente, articulada y eficaz con la activación de Consejo Nacional del Adulto Mayor* que busca disponer de una institucionalidad eficiente para la atención efectiva de los adultos mayores con el mejorar las instancias, instrumentos y normas que apuntan a la protección de los adultos mayores. Se garantiza la articulación a través del Consejo Nacional del Adulto Mayor⁴⁰.

Este planteamiento es muy similar al realizado por la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024. Además, hay *un pacto para las personas con discapacidad* muy orientado a la accesibilidad y el sistema de cuidado centrado en los cuidadores.

El sistema de cuidados propuesto se puede ajustar a los que se conoce como tal en el mundo y que, adicionalmente, propone el BID⁴¹ y otras organizaciones sociales como la CEPAL⁴².

PROPUESTA DE PROTECCIÓN INTEGRAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR

Buscando incorporar los elementos planteados en la descripción de los cambios demográficos, las necesidades que se desprenden de la situación de la población de personas adultas mayores, las recomendaciones de los organismos internacionales y de la política de envejecimiento y vejez y de los planteamientos del plan de desarrollo.

40 Departamento Nacional de Planeación, *Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, pacto por la equidad* (Bogotá: DNP, 2018) <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Presna/Resumen-PND2018-2022-final.pdf>

41 Nadin Medellín, Pablo Ibararán, Mauricio Matus y Marco Stampini, *Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados*, Nota técnica n.º IDB-TN-1438 (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018), <http://dx.doi.org/10.18235/0001129>

42 Huenchuan y Rovira, *Medidas clave sobre vejez y envejecimiento* (2019).

La propuesta de protección integral a la persona mayor se debe entender en el marco de la protección integral de los ciudadanos en el transcurso de la vida, es decir, en la construcción de sociedades para todas las edades⁴³. Sin embargo, como este grupo de edad ha sido históricamente abandonado, se hacen necesarias algunas acciones afirmativas.

La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez puede ser el marco inicial, dándole la fortaleza que le hace falta y los instrumentos adecuados para su implementación.

La seguridad económica en la vejez es de especial importancia en la política de protección integral de la persona adulta mayor, pero lo que se observa en muchos países de Europa y América Latina, es que adicional a ello, es necesario el apoyo de los servicios de cuidados sociales y de un sistema de cuidado para el apoyo para las personas viejas y otras poblaciones, en particular, en las situaciones de dependencia más marcada en este grupo de edad.

Tal como existe en distintos países de América Latina⁴⁴, debe existir un organismo competente que articule efectivamente a todas las entidades, organizaciones y acciones orientadas a la protección de las personas viejas, entendiendo que son múltiples y diversas sus necesidades. Con la institucionalidad actual esta debería estar en cabeza del ICBF o en su defecto crear la figura.

Se debe insistir en el desarrollo rural integral como elemento central para disminuir las inequidades tan severas por esta razón, en todos los grupos de edad, pero mucho más serios en la persona vieja. También debe haber reconocimiento por la inequidad de género.

Se muestran a continuación los cuatro aspectos que pueden y deben ser creados o ajustados para lograr este fin: acordar un eficaz organismo articulador de las políticas del adulto mayor que se haga cargo de su implementación, la creación de un sistema de cuidados sociales⁴⁵, darle una orientación al sector salud con enfoque diferencial efectivo y el esbozo de los aspectos para tener en cuenta frente a la seguridad económica.

En la figura 3 se muestra los cambios que se requieren para lograr una protección integral en la vejez, mirado desde la perspectiva de transcurso de vida.

Cómo mecanismo inicial se requieren una serie de cambios importantes en el enfoque e ir virando de manera relativamente rápida hacia un sistema

43 Elisa Dulcey Ruiz, Carlos José Paredes y Roberto Posada (eds.), *Envejecimiento del nacer al morir* (Bogotá: Siglo del Hombre, Fundación-Christel-Waisek Pro Personas Mayores en el Mundo, Cepsiger, 2018).

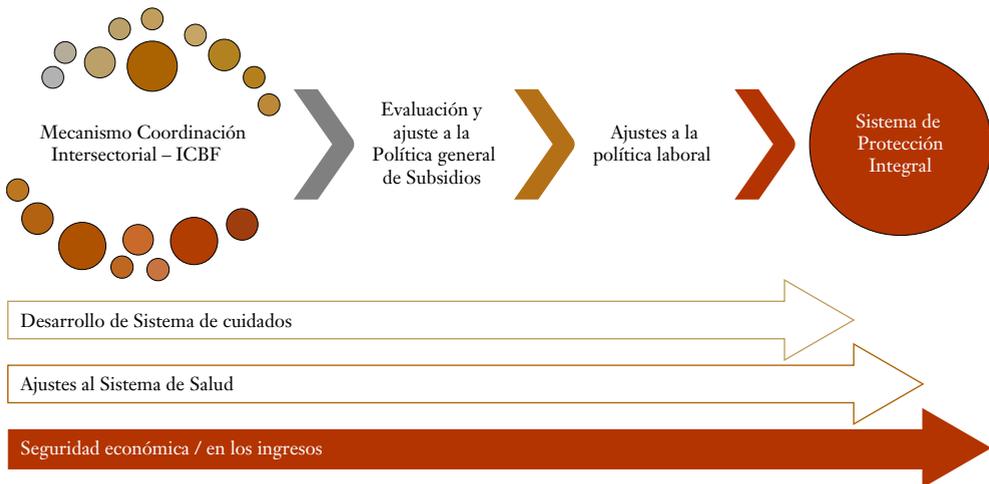
44 Conapam, en Costa Rica o Inmayores, en Uruguay.

45 Denominados también servicios complementarios.

de protección integral, universal, que no dependa de los “salarios” formales, que reconozca en la vejez a personas que se han dedicado durante toda la vida al cuidado de terceros, los “informales” y todo el nuevo contingente de las nuevas relaciones laborales.

FIGURA 3.

AJUSTES PARA EL MEDIANO PLAZO PARA LOGRAR UNA PROTECCIÓN INTEGRAL



Fuente: elaboración propia.

Creada la estructura del ICBF y teniendo en cuenta su orientación, mientras se crea la institucionalidad para la coordinación intersectorial, se debería asignar esta tarea al instituto. Una vez se desarrolle el sistema de cuidados, se deberá reevaluar el mecanismo de coordinación conforme el diseño de este.

INTEGRACIÓN DE LOS MECANISMOS DE PROTECCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR

LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL EFECTIVA

En todos los casos se hacen obligatorios los mecanismos de coordinación muy eficaces con las otras áreas del Estado, que permita desarrollar programas intersectoriales con enfoque en el adulto mayor y en particular con el sistema de cuidado que se propone.

La integración de la protección del adulto mayor se debe hacer a través de un mecanismo vigoroso de *coordinación intersectorial* con compromisos reales, a través de proyectos y programas, que es una de las enseñanzas que le dejan a Colombia otros países en el abordaje integral del adulto mayor. Los modelos

como el de Costa Rica y Uruguay pueden ser un buen ejemplo, creando una institución del Nacional como Conapam o Inmayores⁴⁶ articuladoras de programas intersectoriales y de líneas de política con toda la capacidad negociadora y de reconocimiento. Se le debe sumar una operación descentralizada que tenga en cuenta las grandes diferencias regionales en un esquema similar al de Brasil como el SUAS⁴⁷. Aquí se debe buscar resultados concretos, frente a las inequidades, por ejemplo, en educación y reeducación, condiciones de la vivienda, gestión de los entornos incluyentes libres de obstáculos y demás.

Mejorar las condiciones de vida y disminuir las inequidades de las personas adultas mayores es el propósito de esta articulación de distintos sectores. El enfoque diferencial por región se vuelve un aspecto sin discusión.

Las experiencias de otros países demuestran que, si bien el sistema sanitario (o de salud) y el social (o de cuidados) deben tener mecanismos de coordinación para suplir las dos necesidades en un momento dado, es preferible su clara diferenciación. Para hacer efectiva la política, esta debe ser traducida en un plan concreto con compromisos de los distintos sectores involucrados, liderado por la entidad creada exclusivamente para ello, tal como se muestra adelante. Muchos de ellos cuentan con un sistema de asistencia o cuidados sociales con grupos de prestaciones comunes muy similares. Igualmente, abordan de manera muy similar la política y los servicios.

La estructura muy fuerte, tipo ministerio, instituto descentralizado o adjunta a la presidencia le da gran relevancia y debe estar separada de la del sector salud, pero manifiestamente coordinada⁴⁸.

De manera transitoria, tal como se expresó, se debe encargar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que lidere la orientación y seguimiento de los compromisos intersectoriales y del sistema de cuidados, frente a las necesidades de las personas adultas mayores.

EL AJUSTE A LA POLÍTICA DE SUBSIDIOS

La búsqueda de una política general de subsidios que impulse a los ciudadanos hacia la autonomía y el crecimiento individual y de su colectividad es una prioridad. Tal como se están entregando en el momento son ineficientes, poco efectivos y muy difíciles de evaluar.

46 Son organizaciones en Costa Rica y Uruguay que articulan las políticas de las personas adultas mayores.

47 Colpensiones y oiss, *Estudio de los programas de atención al adulto mayor* (2018).

48 La propuesta del plan de desarrollo de la activación del Consejo Nacional del Adulto Mayor no es suficientemente fuerte y es posible que esté destinada al fracaso.

La articulación adecuada de estos lograría impulsar varios de los aspectos que tienen que ver con la orientación de las personas de edad y el desarrollo, tales como: participación activa en la sociedad y en el desarrollo, el empleo y el envejecimiento de la fuerza de trabajo, el desarrollo rural, la migración y urbanización, el acceso al conocimiento, la educación y la capacitación, la solidaridad intergeneracional, la erradicación de la pobreza, la seguridad de los ingresos, protección social/seguridad social y prevención de la pobreza y en situaciones de emergencia. En la promoción de la salud y particularmente el Régimen Subsidiado y los subsidios a la oferta de la red pública hospitalaria.

Los subsidios de familias en acción y Colombia Mayor, la coordinación con el sistema de subsidio familiar para cumplir con parte de la creación de entorno favorable, en vivienda y condiciones de vida, cuidadores maltrato y el manejo de las imágenes o estereotipos de la vejez.

AJUSTE A LA POLÍTICA GENERAL DE TRABAJO

La alta prevalencia de informalidad, las nuevas formas de trabajo, las diferencias departamentales, el fenómeno migratorio y las necesidades de las personas adultas mayores, tal como lo muestra en su escrito Alejandro Nieto Ramos, obliga a repensar el abordaje bismarkiano de la política laboral.

El reto es incorporar el trabajo doméstico, el trabajo de los cuidadores no remunerados, el trabajo de los informales, las nuevas formas de relaciones laborales y de los mal llamados formales, en una política que impulse de manera equitativa para las regiones, grupos de edad y las distintas formas, reconociendo de manera efectiva.

LA PROPUESTA DE CREAR UN SISTEMA DE CUIDADOS

Colombia tiene hoy la necesidad de organizar los servicios sociales de cuidado⁴⁹ en una estructura dedicada y financiada exclusivamente para estos efectos, que permita desarrollar los planteamientos y en particular el eje de la Protección Social Integral de la política de envejecimiento y vejez de manera óptima y la estrategia del cuidado de las personas mayores de la propuesta del plan de desarrollo.⁵⁰

49 También denominados por algunos servicios sociales complementarios.

50 Departamento Nacional de Planeación, *Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022*, “Pacto por Colombia. Pacto por la equidad”, versión inicial (Bogotá: DNP, 2019)

La cobertura de los servicios debe ser para poblaciones compartidas que requieran cuidado por tener algún grado de dependencia con enfoque diferencial. Las personas con discapacidad de cualquier edad, las personas con algún nivel de dependencia, las personas que requieren cuidados por cualquiera otra razón son sujetos de este servicio.

La finalidad de la que se denominará Sistema de Cuidados Sociales del Adulto Mayor y Personas en Situación de Dependencia debe tener *como objeto* garantizar las condiciones básicas en materia de promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia⁵¹. Su propósito es lograr la máxima autonomía posible de los beneficiarios y su grupo familiar.

La dirección debe encargar a un ministerio o entidad descentralizada de manera exclusiva⁵² el diseño del modelo de atención y la rectoría de los servicios y cuidados sociales del cuadro 3, separado completamente del Ministerio de Salud, es una práctica muy apropiada en varios sentidos: por un lado, la financiación es más segura y orientada exclusivamente a estos servicios, es más especializada como servicio social y “desmedicalizada”⁵³.

*Separar del Ministerio de Salud de los cuidados sociales del adulto mayor, es necesario. Un organismo (Ministerio u otro) con la misión tal como la planteada en Uruguay que sea la “responsable de las políticas sociales nacionales, así como la coordinación —tanto a nivel sectorial como territorial—, articulación, seguimiento, supervisión y evaluación de los planes, programas y proyectos, en las materias de su competencia, propendiendo a la consolidación de una política social redistributiva de carácter progresivo [...]”*⁵⁴.

Para evitar confusiones en su financiación se debe incorporar el cuidado como eje central de la protección que incluye el desarrollo de redes formales que se articulen a las informales. Y como se afirmó, compartir ese sistema de cuidados con las personas con discapacidad.

51 Colpensiones y oiss, *Estudio de los programas de atención al adulto mayor* (2018).

52 O la creación de un Instituto Nacional de Autonomía y Cuidados INAC, como en la propuesta de Colpensiones y oiss.

53 En Colombia no hay una estructura del Estado encargada exclusivamente de la integralidad en la atención a las distintas necesidades del adulto mayor. Esta se encuentra a cargo de una oficina de promoción social adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social.

54 Misión de MIDES de Uruguay, consultado el 15 de noviembre de 2019, <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/4376/3/innova.front/mision>

Las prestaciones deben evolucionar hacia un sistema de cuidados que incorpore todos los elementos que tienen que ver con los cuidados sociales. Se deben agregar, tal como lo tienen otros países, como mínimo las siguientes líneas: promoción de la autonomía personal, el servicio de teleasistencia, los servicios de y para cuidadores, los servicios en el hogar denominados de ayuda a domicilio, los centros día y los institucionales de larga estancia.

En el cuadro 3 se amplían las líneas de los posibles servicios de cuidados sociales a prestar.

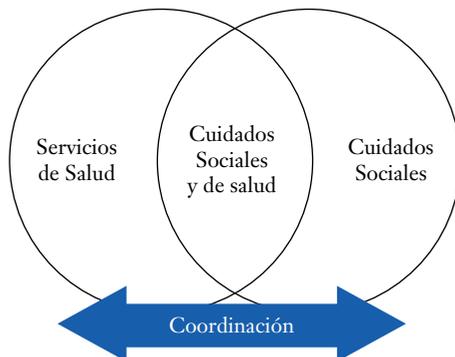
CUADRO 3.
LÍNEAS DE SERVICIOS DE CUIDADOS SOCIALES —EL PLAN DE BENEFICIOS—

-
- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con servicios de salud. • Programa de inclusión laboral. • Programas de inclusión social. • Redes sociales de apoyo. <p>2. Servicio de teleasistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transporte. • Contacto servicio de salud. • Servicio familia. • Urgencias y emergencia. • Telemonitoreo. • Agenda – recordatorio. <p>3. Servicio de ayuda a domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de las necesidades del hogar. • Cuidados personales. • Actividades de apoyo psicosocial. • Ayudas técnicas. • Adaptación de vivienda. | <p>4. Servicio de Centro de Día y Noche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de día para mayores. • Centro de día para menores de 65 años. • Centro de día de atención especializada. • Centro de noche. <p>5. Servicio de atención residencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Residencias de personas mayores en situación de dependencia. • Centro de atención a personas en situación de dependencia, debido a los distintos tipos de discapacidad. <p>6. Servicios de cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cuidadores formales. • Apoyo a cuidadores informales. • Estrategias y servicios de respiro. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-

Fuente: elaboración propia, con base en la Ley de Autonomía española.

Diferenciar claramente las prestaciones de cuidados sociales de los sanitarios (o de salud): es necesario realizar el ejercicio de listar en detalle los servicios sanitarios y los de cuidados sociales, que permita su diferenciación clara y sin dudas. En este escenario, se requerirá de la coordinación entre el sistema de salud y el sistema de cuidados sociales, con el propósito de prestar lo que se han denominado *cuidados sociosanitarios*.

FIGURA 4.
COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA



Fuente: elaboración propia. Modificado de Antonio Balbontín López-Cerón, 2011.

Ante una necesidad sanitaria y de cuidados simultánea, se hará una compra y venta de servicios a través de convenio entre el sistema de salud y el sistema de cuidados.

*Desarrollar redes de apoyo social informales*⁵⁵: impulsar las redes de apoyo informal entendido como el constituido por las redes personales y las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo primario integrado para dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y el proveedor como importantes⁵⁶.

Financiación: regular las fuentes actuales del sistema general de participaciones, las correspondientes al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, a las del Instituto de Bienestar Familiar destinadas para tal fin y las del presupuesto nacional y con la participación de los usuarios con gasto de bolsillo.

Operadores de las prestaciones: pueden operar este sistema en las zonas de influencia las cajas de compensación familiar, las organizaciones solidarias y empresas con ánimo de lucro, siempre y cuando cumplan con los requisitos para hacerlo y se sometan al modelo de atención definido por el Estado.

Para la implementación de estos servicios se sugiere que se desarrollen de manera progresiva, con gran inversión privada y gasto de bolsillo, iniciando con los cuidadores, los servicios de ayuda a domicilio y el transporte, sobre un diseño de modelo de cuidados detallado.

55 Colpensiones y oiss, *Estudio de los programas de atención al adulto mayor* (2018), 3.

56 Colpensiones y oiss, *Estudio de los programas de atención al adulto mayor* (2018), 17; Helena Znaniecka Lopata, *Women As Widows: Support Systems* (Nueva York: Elsevier, 1979).

Se deben diferenciar los servicios sociales de cuidado, de los servicios sociales que prestan las cajas de compensación familiar que se hacen cargo de algunos de los servicios sociales básicos⁵⁷.

LA PROPUESTA PARA EL SECTOR SALUD

En salud, es decir, en los servicios sanitarios, deben desarrollarse tal como está planteado en la Política de Atención Integral en Salud, como un modelo distinto para las personas que viven en la ruralidad, pero con énfasis diferencial y orientado a mantener la autonomía del adulto mayor y en relación muy cercana a la propuesta del desarrollo del sistema de cuidados. Esto requiere el entrenamiento de los equipos de salud en la atención de los adultos mayores en la dependencia y salud mental.

El mecanismo de coordinación planteado es muy importante con el sector salud, muy especialmente en la articulación del sistema de cuidados y de los servicios sanitarios, lo que comúnmente se conoce como cuidados sociosanitarios.

Se debe insistir en los aspectos promocionales que plantea el Plan de Acción de Madrid, en particular el fomento de la salud y el bienestar. Durante toda la vida se debe aplicar lo dispuesto en la ley frente al acceso universal y equitativo a los servicios de atención de la salud que deben ser preferenciales, con enfoque diferencial y con acciones afirmativas para todas las patologías.

Esto requiere que los equipos de salud estén en la capacidad de identificar, prevenir y tratar las necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de edad y con discapacidad. Frente a esta última, se debe además desarrollar la propuesta del sistema de cuidados planteado.

LA PROPUESTA DE SEGURIDAD ECONÓMICA

Este apartado pretende enunciar algunos aspectos frente a la seguridad de los ingresos que debería contener en líneas generales, e introducidos de manera progresiva, en la búsqueda siempre de la universalidad, las siguientes opciones que pueden ser complementarias:

- Una pensión contributiva solidaria.
- Una pensión no contributiva con periodo de transición.
- Un sistema de pilares.

57 Los servicios sociales básicos son aquellos que se destinan a cubrir las llamadas necesidades sociales básicas. Incluyen: educación básica, salud básica, programas y políticas sobre población y salud reproductiva, como también abastecimiento de agua potable y saneamiento básico.

- Fomento del empleo en la vejez y evitar las inequidades en su remuneración.
- Fomento de emprendimiento en la vejez, si así lo desea la persona mayor.
- El hacer efectivo la corresponsabilidad de la familia con la persona vieja.

Se desarrollaría de manera progresiva haciendo énfasis a las formas más progresivas de hacerlo. El fomento del emprendimiento y el empleo puede ser una opción a explorar, en particular, en las transiciones.

Impulsar nuevas propuestas de desarrollo a través del consumo de productos y servicios especializados para la vejez. Los impuestos e ingresos de estos harían parte de la financiación de ellos mismos y de otros.

El mecanismo de coordinación planteado hace parte de la propuesta.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los datos del último censo de población muestran que Colombia envejeció mucho más rápido de lo esperado y no está preparada para ello, ni mental, ni institucionalmente. Actualmente se encuentra en transición demográfica plena como país.

Colombia tiene un nivel de desigualdad interna muy importante que esconde en sus promedios grandes inequidades, que debe obligar al diseño de una política con enfoque diferencial y acciones afirmativas en distintos niveles y grupos, y, en cada uno de ellos, la vejez. La propuesta no puede entonces ser homogénea para Colombia y debe contener ajustes a las diferencias regionales, conforme a las necesidades detectadas.

La situación del adulto mayor en Colombia no es el mejor. Están en peores condiciones socioeconómicas que la población general. Las diferencias por solo el hecho de ser viejo son grandes: las personas adultas mayores son más pobres, menos educadas, tienen menos ingresos, su autopercepción de salud es mucho peor, tienen menos autonomía, las diferencias e inequidades entre urbano y rural son más intensas. Adicionalmente, son peores condiciones en mujeres o personas de piel oscura. Los entornos en que se mueve el adulto mayor no han sido los más adecuados en su propia historia y repercuten en su situación actual. Situaciones de maltrato, discriminación e inseguridad son parte de este contexto.

La política colombiana de envejecimiento humano y vejez y el plan de desarrollo actual son parte de las propuestas que son parte de la solución. La protección integral de la vejez en el marco del Plan de Acción Internacional de

Madrid y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores dan una serie de orientaciones que en la perspectiva de igualdad incorporan entre otros, para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ods), además de la seguridad económica y la salud y bienestar, los cuidados a largo plazo.

Colombia debe, entonces, actualizar la seguridad y protección social con enfoque de transcurso de vida. La propuesta de protección integral a la persona mayor se debe entender en el marco de la protección integral de los ciudadanos, en el transcurso de toda la vida.

La propuesta es 1) desarrollar un mecanismo de coordinación intersectorial por las múltiples y diversas necesidades a resolver, 2) crear un sistema de cuidados sociales por fuera del Ministerio de Salud, 3) ejecutar los ajustes al sistema de salud, 4) desarrollar la propuesta de seguridad económica en la vejez y 5) realizar los ajustes a la seguridad social hacia un sistema de protección integral durante toda la vida.

La integración de la protección del adulto mayor se debe hacer a través de un mecanismo vigoroso de *coordinación intersectorial* con compromisos reales de cada sector, liderado por la entidad creada exclusivamente para ello, que se propone sea liderado inicialmente por el ICBF. Para lograr dicha articulación es necesario ajustar la política de subsidios y la de trabajo. Mejorar las condiciones de vida y disminuir las inequidades de las personas adultas mayores es el propósito de esta articulación de distintos sectores. El enfoque diferencial por región se vuelve un aspecto sin discusión.

El sistema de cuidados sociales propuesto, por fuera del ministerio de salud, con unas prestaciones de cuidados sociales, dirigido por una entidad independiente, orientado a poblaciones compartidas, que busca la máxima autonomía posible del viejo, que precisa las diferencias de los servicios sanitarios o tecnologías en salud de los cuidados sociales, y que integra como prestaciones como mínimo las siguientes líneas: promoción de la autonomía personal, el servicio de teleasistencia, los servicios de y para cuidadores, los servicios en el hogar denominados de ayuda a domicilio, los centros día y los institucionales de larga estancia. Se debe compartir con el sistema nacional de discapacidad.

Debe buscar desarrollar redes de apoyo informales que lo complementen y tener fuentes de financiación claras. Se propone implementación progresiva y diferenciarlo de los servicios sociales de las cajas de compensación familiar.

El mecanismo de coordinación planteado es muy importante con *el sector salud*, muy especialmente en la articulación del sistema de cuidados y con el del sistema de salud (o de los servicios sanitarios), lo que comúnmente se conoce como cuidados sociosanitarios. El sector salud requiere una mirada

promocional de la salud, para que los equipos de salud estén en la capacidad de identificar, prevenir y tratar las necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de edad y con discapacidad.

Frente a la *seguridad en los ingresos* se busca que no sea solo la reforma a las pensiones, si no que logre de manera universal la protección económica con una mezcla de estrategias que incluye política laboral integral, fomento del emprendimiento en la vejez y la corresponsabilidad de la familia.

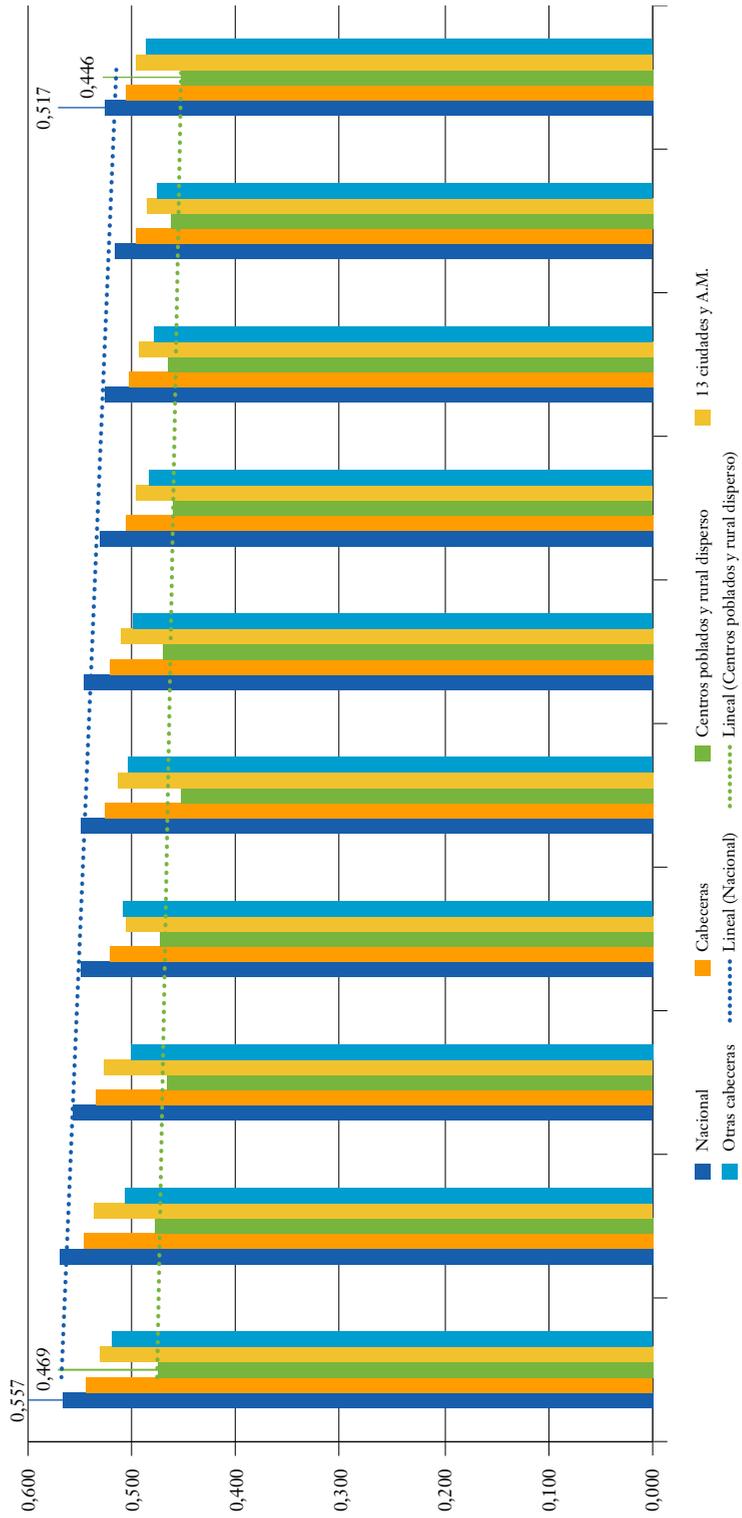
El reto es que Colombia logre articular las políticas de seguridad y protección social durante todo el transcurso de la vida, que permitan lograr la protección integral efectiva en la vejez.

El país tiene que ponerse al día con la ruralidad y los municipios más pobres frente el mejoramiento de condiciones de vida, en vías de comunicación, los servicios sanitarios, la educación, vivienda, condiciones de vida y cultura, ingreso familiar, trabajo y desarrollo social, agua, saneamiento ambiental, disponibilidad de alimentos, integración familiar, urbanización y, entre ellos, los cuidados sociales conforme a las necesidades locales.

ANEXOS

ANEXO1. COLOMBIA UN PAÍS DESIGUAL-DIMENSIÓN RURAL /URBANA (GINI)

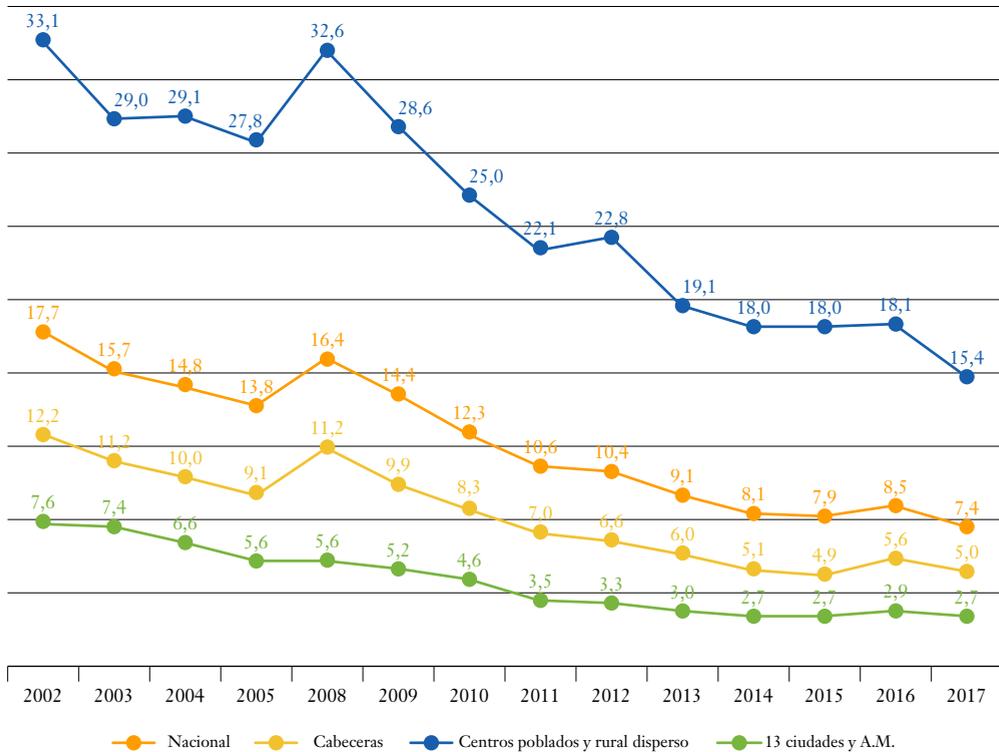
GRÁFICO 4.
COEFICIENTE GINI 2009-2018—COLOMBIA—CABECERAS—CENTROS POBLADOS Y RURAL DISPERSO



Fuente: DANE. Encuesta de calidad de vida—pobreza monetaria—indicadores de pobreza monetaria—GINI.

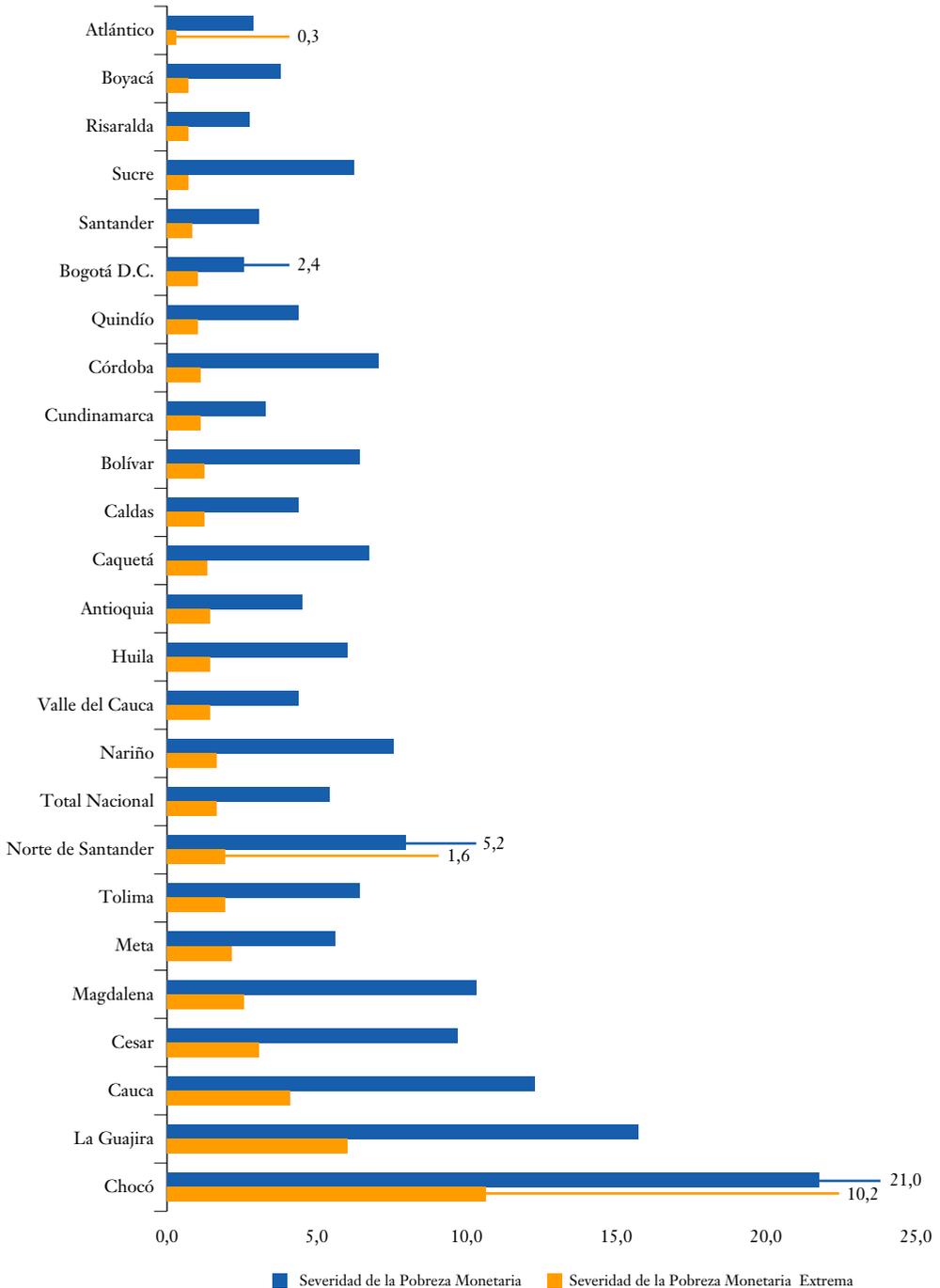
ANEXO 2. COLOMBIA UN PAÍS DESIGUAL—DIMENSIÓN POBREZA— TENDENCIAS Y DIFERENCIAS POR DEPARTAMENTO

GRÁFICO 5.
INCIDENCIA DE POBREZA MONETARIA 2002-2017



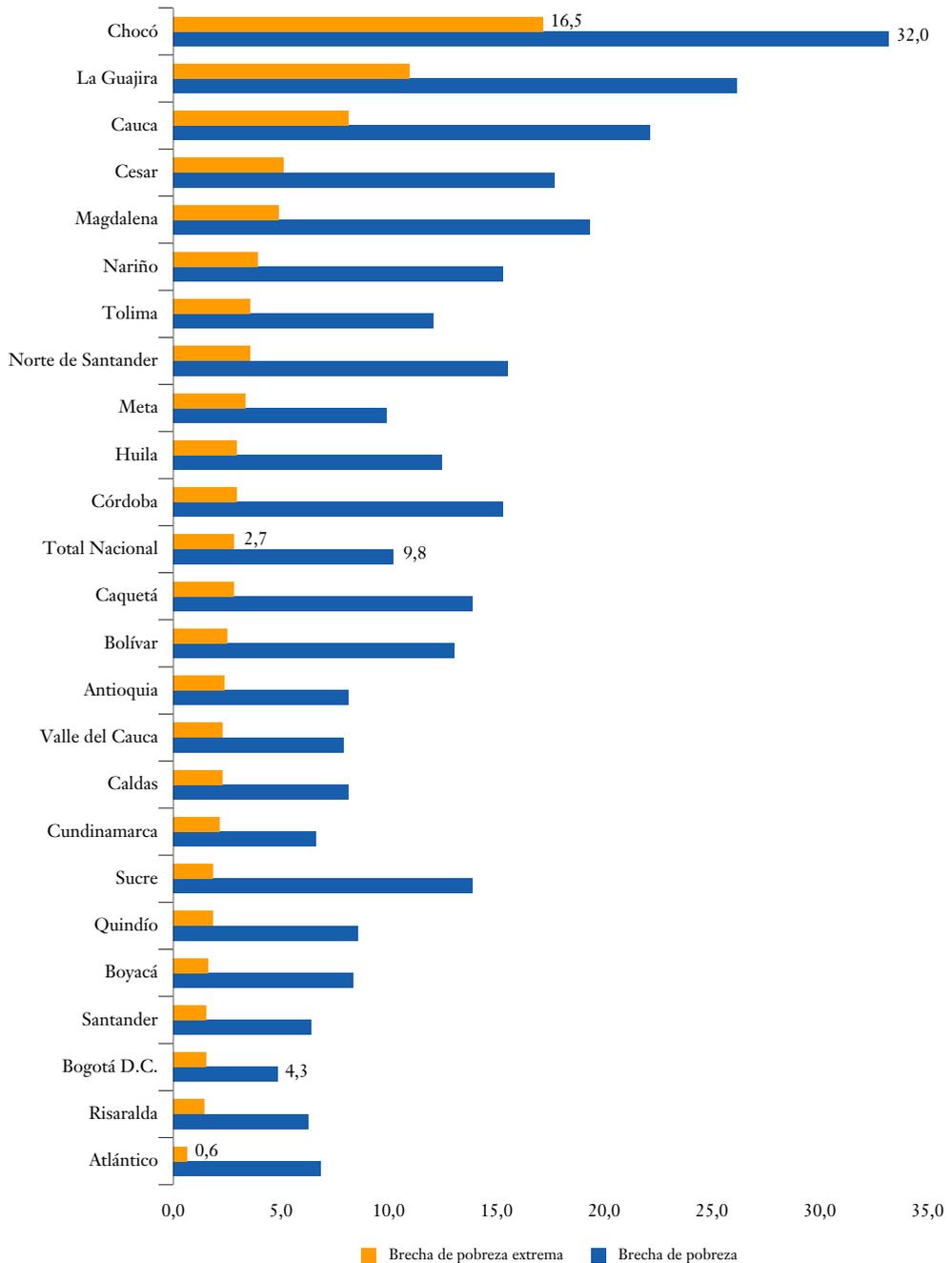
Fuente: DANE. Encuesta de calidad de vida–Pobreza monetaria -Indicadores de pobreza monetaria.

GRÁFICO 6.
SEVERIDAD DE LA POBREZA—DEPARTAMENTOS—2018



Fuente: DANE—Encuesta de calidad de vida—Pobreza monetaria—Indicadores de pobreza monetaria.

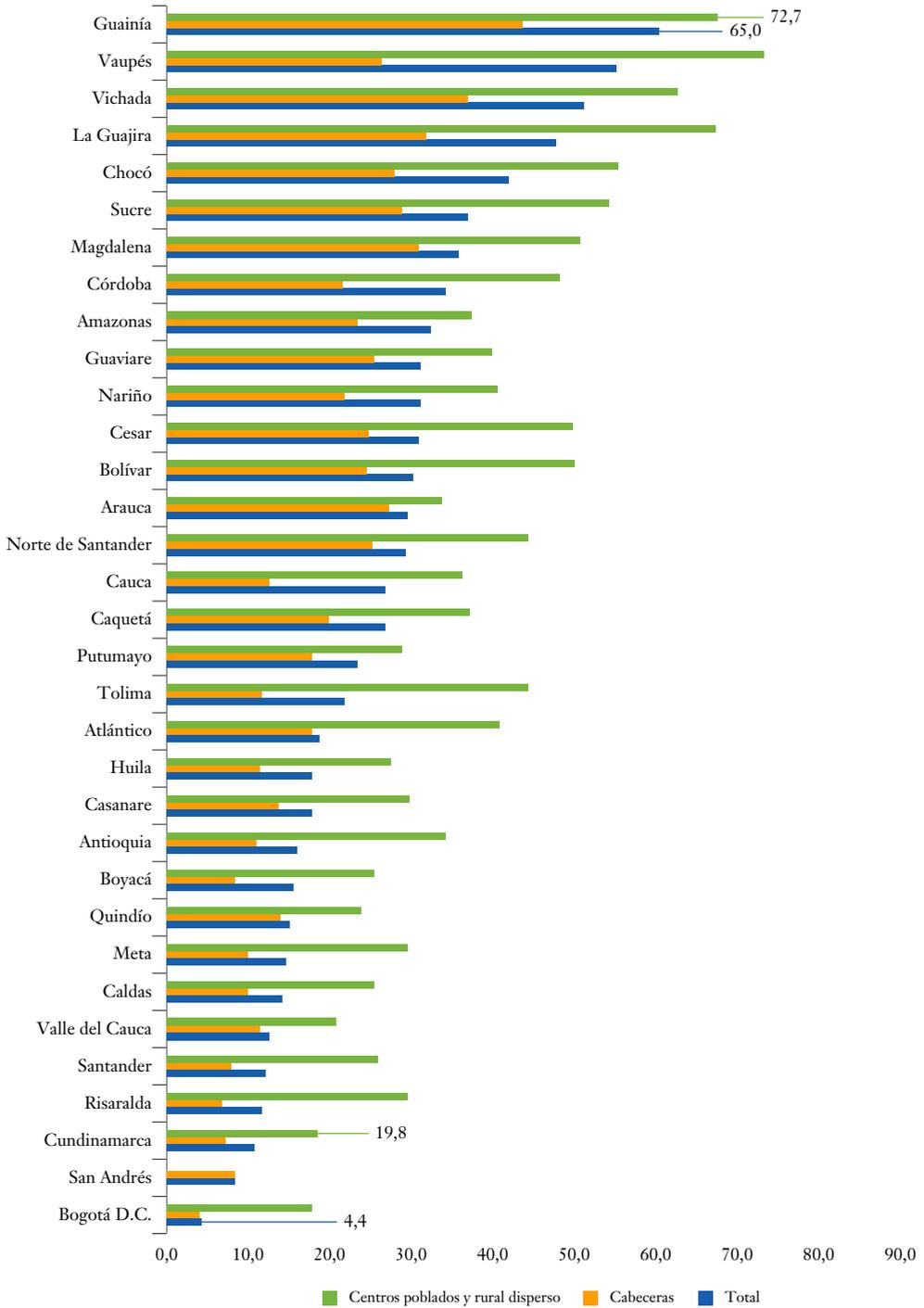
GRÁFICO 7.
BRECHA DE LA POBREZA Y POBREZA EXTREMA—DEPARTAMENTOS—2018



Fuente: DANE—Encuesta de calidad de vida—Pobreza monetaria—Indicadores de pobreza monetaria.

GRÁFICO 8.

ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL POR DEPARTAMENTOS-2018



Fuente: DANE-Encuesta de calidad de vida-Índice de Pobreza Multidimensional-2018.

ANEXO 3. COLOMBIA UN PAÍS DESIGUAL—DIMENSIÓN DEMOGRÁFICA, RURAL Y EPIDEMIOLÓGICA

FIGURA 5.
ESTRATO SOCIOECONÓMICO POR REGIONES

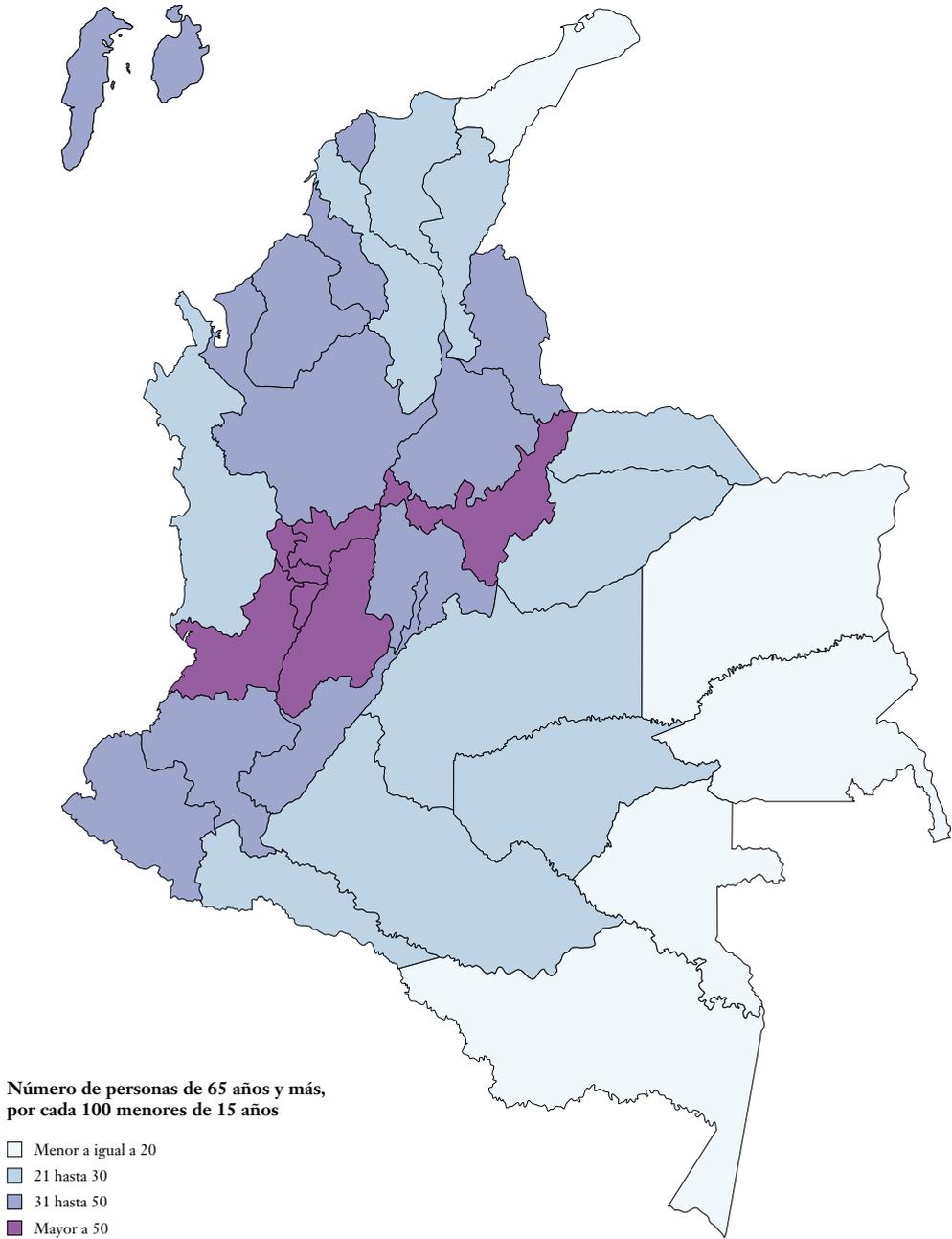
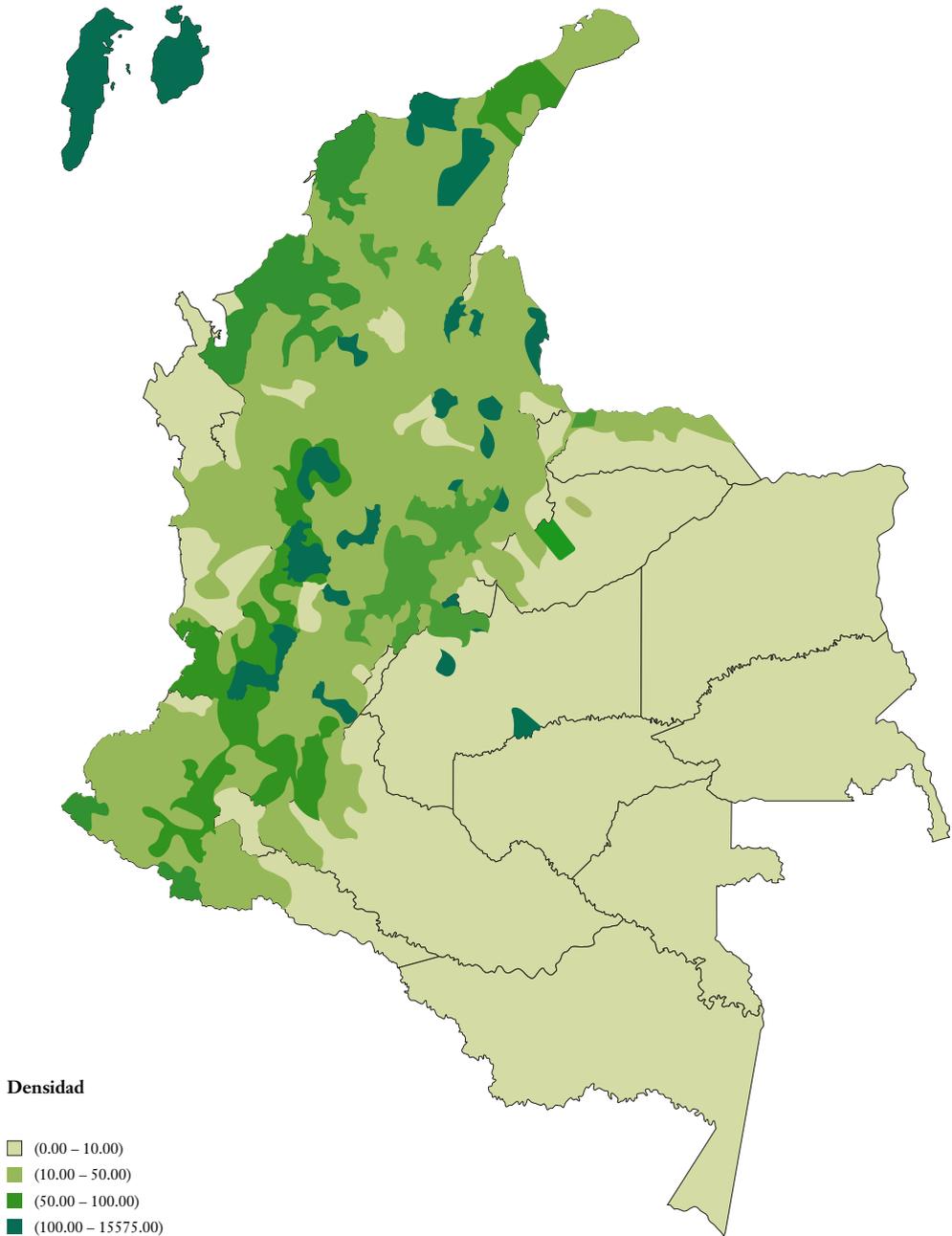


FIGURA 6.
DENSIDAD POBLACIONAL



BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial. Country Profile: Costa Rica. Consultado el 5 de noviembre de 2019. https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b45ofd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=CR
- Colpensiones y oiss. *Estudio de los programas de atención al adulto mayor en Colombia, Brasil, Costa Rica y Uruguay, de acuerdo con la normatividad y las buenas prácticas existentes*. Tomo II. Bogotá: Colpensiones y oiss, 2018. <https://www.oissobservatoriovejez.com/wp-content/uploads/2018/11/Tomo-2-Adulto-Mayor-October-2018.pdf>.
- DANE. Boletín técnico: Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2018. Bogotá, 2019. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2018.pdf
- DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Consultado en noviembre de 2019. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/informacion-tecnica>
- Departamento Nacional de Planeación, *Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, “Pacto por Colombia. Pacto por la equidad”*, versión inicial (Bogotá: DNP, 2019).
- Departamento Nacional de Planeación, *Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, pacto por la equidad* (Bogotá: DNP, 2018) <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Resumen-PND2018-2022-final.pdf>
- Dulcey Ruiz, Elisa. *Envejecimiento y vejez, categorías conceptuales*. Bogotá: Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano; Santiago de Chile: Red Latinoamericana de Gerontología, 2013.
- Dulcey Ruiz, Elisa, Carlos José Paredes y Roberto Posada (eds.). *Envejecimiento del nacer al morir*. Bogotá: Siglo del Hombre, Fundación-Christel-Waisek Pro Personas Mayores en el Mundo, Cepsiger, 2018.
- González, Alejandro. “Transiciones demográficas, diferencias regionales y seguridades sociales. Contexto, criterios y técnicas de apoyo para la definición de políticas”. *Páginas de Seguridad Social* 2, n.º 4 (2018): 22. <https://doi.org/10.18601/25390406.n4.01>
- Huenchuan, Sandra y Adriana Rovira (eds.). *Medidas clave sobre vejez y envejecimiento para la implementación y seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*. CDMX: CEPAL, 2019. <http://hdl.handle.net/11362/44806>
- Lopata, Helena Znaniecka. *Women As Widows: Support Systems*. Nueva York: Elsevier, 1979.
- López-Cerón, Antonio Balbontín. Impacto de la ley de dependencia en las personas con enfermedad mental, desde la óptica de la autonomía personal. XVII CONGRESO DE FEAFES, Valladolid, 6 de mayo de 2011. <https://consaludmental.org/publicaciones/Impactoleydependenciadesdeautonomiapersonal-AntonioBalbontin.pdf>
- Medellín, Nadín, Pablo Ibararán, Mauricio Matus y Marco Stampini. *Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados*. Nota técnica n.º IDB-TN-1438. Banco Interamericano de Desarrollo, 2018. <http://dx.doi.org/10.18235/0001129>

- Ministerio de Desarrollo Social (Mides), Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores) y Consejo consultivo de Inmayores (2016). *Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2016-2019*. Montevideo.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Universidad del Valle y Universidad de Caldas. *Encuesta SABE Colombia: Análisis Cualitativo*. Bogotá: Pregraf Impresores S.A.S, 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024*. Bogotá: 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
- Ministerio de Salud y Colciencias, *Presentación Estudio SABE Colombia 2015* (mayo de 2016).
- OCDE, *Elderly population (indicator)*. doi:10.1787/8d805ea1-en (consultado el 15 de noviembre de 2019).
- Misión de MIDES de Uruguay, consultado el 15 de noviembre de 2019, <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/4376/3/innova.front/mision>
- OMS. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Los desafíos en la formulación de políticas públicas*. Luxemburgo: OMS, 2015.
- ONU. *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España, 8 al 12 de abril de 2002. Nueva York: ONU, 2003. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Sojo, Ana. *Protección social en América Latina, La desigualdad en el banquillo*. Libros de la CEPAL, 143. Santiago de Chile: CEPAL, 2017. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41105/S1600819_es.pdf