



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO NÚMERO

DE 2022

(

)

Por medio del cual se adiciona el Capítulo 8 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las que le confiere el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y el artículo 8 de la Ley 1251 de 2008, y,

CONSIDERANDO

Que en desarrollo de lo previsto en el artículo 46 de la Constitución Política, es obligación del Estado concurrir para la protección y la asistencia de las personas mayores y promover su integración a la vida activa y comunitaria, en el marco de la solidaridad, la igualdad, la diversidad y la dignidad como pilares del ordenamiento colombiano, tal como lo prevén los artículos 1, 7, 13 y 16 *ibídem*, incluso mediante el desarrollo de acciones afirmativas en favor de sujetos de especial protección atendiendo a sus especiales condiciones.

Que, conforme con el marco constitucional expuesto, la Ley 1251 de 2008 en su Título II estableció los lineamientos generales para la formulación de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez, con el propósito de establecerla como *“Instrumento que permite asegurar una gestión coordinada de los agentes del Estado en el sector público y privado, en el cumplimiento de los fines del Estado para satisfacer las necesidades del adulto mayor, así como la observación y conocimiento de las características propias del proceso de envejecimiento”*, como lo indica su definición contenida en el artículo 3 de la normativa citada.

Que, en cumplimiento de dicho mandato, el Ministerio de Salud y Protección Social formuló la “Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015 – 2024”.

Que el Estado colombiano promulgó el 10 de septiembre de 2020 la Ley 2055 de 2020 por medio de la cual se aprueba la “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015, como un instrumento que tiene el objeto de promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

Que los avances técnicos y normativos internacionales en el marco del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, han establecido consensos para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores, trascendiendo de la conceptualización tradicional demográfica y fisiológica, para dar paso al abordaje del envejecimiento activo y saludable, comprendido como un proceso evolutivo a lo largo del ciclo vital, desde el momento de la concepción y hasta la muerte – con unos contornos diferenciales desde la construcción sociocultural– para reconocer los

Continuación del Decreto "Por medio del cual se adiciona el Capítulo 8 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031"

factores que, junto con la atención en salud, inciden en el modo en que envejecen los individuos y las poblaciones.

Que en coherencia, el Ministerio de Salud y Protección Social consideró la necesaria revisión anticipada de la "Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015 – 2024", e inició en 2021 su actualización, como base estructural para encarar la transformación social más significativa del siglo XXI: el envejecimiento de la población y sus consecuencias económicas, sociales y políticas para el desarrollo sostenible –en términos de las Naciones Unidas–. Para ello, en el marco del principio de coordinación, se llevó a cabo un amplio proceso de construcción social participativa, entre la sociedad civil, las personas mayores y las instituciones del Gobierno Nacional y Territorial, a través de jornadas de reflexión, análisis y construcción de consensos.

Que, en tal sentido, se hace necesario adoptar la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 – 2031, con el fin de garantizar las condiciones necesarias para el desarrollo del envejecimiento activo y saludable y de una vejez digna, autónoma e independiente en condiciones de igualdad, equidad y no discriminación, en el marco de la protección de los derechos humanos y bajo el principio de corresponsabilidad individual, familiar, social y estatal.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

Artículo 1. Adiciónese el Capítulo 8 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Capítulo 8

Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 – 2031

Artículo 2.9.2.8.1. Objeto. *El presente capítulo tiene como objeto adoptar la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 – 2031 contenida en el Anexo Técnico 4 que hace parte integral del presente acto administrativo, y disponer la formulación del plan de acción intersectorial para la implementación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.*

Artículo 2.9.2.8.2. Plan de acción intersectorial para la implementación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. *A través del Plan de acción intersectorial para la implementación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez se definirán las responsabilidades, acciones y metas para cada una de las líneas de acción de los ejes estratégicos de la Política, su formulación se hará por parte de las entidades ejecutoras de la Política en el marco del Consejo Nacional de Personas Mayores dentro del año siguiente a la expedición del presente decreto.*

Dicho plan dotará de la línea técnica a las entidades territoriales para la formulación y actualización de sus políticas, las cuales incluirán los planes, programas y proyectos de promoción, prevención y atención con fundamento en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2020-2031."

Artículo 2. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Continuación del Decreto “Por medio del cual se adiciona el Capítulo 8 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031”

Dado en Bogotá D.C., a

Ministro del Interior

Daniel Palacios Martínez

Ministro de Justicia y del Derecho

Wilson Ruiz Orejuela

Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural

Rodolfo Zea Navarro

Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez

Ministro del Trabajo

Ángel Custodio Cabrera

Continuación del Decreto “Por medio del cual se adiciona el Capítulo 8 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031”

Ministra de Comercio, Industria y Turismo

María Ximena Lombana Villalba

Ministra de Educación Nacional,

María Victoria Ángulo González

Ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio

Jonathan Malagón González

Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

Carmen Ligia Valderrama Rojas

Ministra de Transporte

Ángela María Orozco Gómez

Ministra de Cultura

Angélica María Mayolo Obregón

Ministro del Deporte

Guillermo Herrera Castaño

Continuación del Decreto *“Por medio del cual se adiciona el Capítulo 8 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031”*

Ministro de Ciencia Tecnología e Innovación

Tito José Crissien Borrero

Directora General Departamento Administrativo para la Prosperidad Social

Susana Correa Borrero

Directora General Departamento Nacional de Planeación

Alejandra Botero Barco

Director Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Juan Daniel Oviedo Arango



La salud
es de todos

Minsalud

Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031

Marzo de 2022

Ministerio de Salud y Protección Social
Ministerio del Interior
Ministerio del Trabajo
Ministerio de Educación
Ministerio de Justicia y del Derecho
Ministerio del Deporte
Ministerio de Cultura
Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio
Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural
Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación
Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
Ministerio de Transporte
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo
Departamento Nacional de Planeación
Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
Departamento Nacional de Estadística
Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF
Agencia para la Reincorporación y la Normalización - ARN
Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas - UARIV

Entidades de Control
Defensoría del Pueblo
Procuraduría General de la Nación
Contraloría General de la República

Contenido

1.	Introducción	2
2.	Justificación	5
3.	Fundamentos para la protección del envejecimiento y la vejez	7
3.1	Garantías constitucionales y jurisprudenciales	7
3.2	Derechos humanos de las personas mayores en el marco jurídico internacional	8
3.3	Evolución normativa y de política en el ámbito nacional	11
4.	Marco conceptual del envejecimiento y la vejez	12
4.1	Derechos humanos, envejecimiento y vejez	12
4.2	Determinantes del envejecimiento y la vejez	14
4.3	Envejecimiento activo y saludable	15
5.	Diagnóstico sobre el envejecimiento y las condiciones de las personas mayores en Colombia	16
5.1	Aspectos demográficos de las personas mayores y del envejecimiento	16
5.1.2	Aumento de la relación de dependencia demográfica	21
5.2	Situación socioeconómica de las personas mayores	22
5.2.1	Bajo nivel educativo entre las personas mayores	22
5.2.2	Dependencia en el aseguramiento en salud	24
5.2.3	Restricciones en la participación laboral y el acceso a pensiones	25
5.2.4	Restricciones de consumo para las personas mayores	30
5.3	Condiciones del entorno físico y social de las personas mayores	35
5.3.1	Insuficiente cobertura en vivienda y acceso a servicios públicos	35
5.3.2	Alfabetismo y brecha digital	36
5.3.3	Incremento sostenido de violencia y maltrato contra las personas mayores	38
5.3.4	Aumento de la población mayor potencialmente demandante de servicios de cuidado y atención integral de calidad	41
5.3.5	Prevalencia del cuidado informal	43
5.4	Problemas relacionados con la salud de las personas mayores	47
5.4.1	Prevalencia de enfermedades crónicas o no transmisibles	47
5.4.2	Morbilidad atendida	48
5.4.3	Mortalidad	53
5.5	Problemas relacionados con factores personales y conductuales	55
5.5.1	Baja autopercepción del estado de salud	55
5.5.2	Hábitos de vida poco saludables y dependencia funcional	56

5.5.3	Prevalencia de hábitos de comportamiento no saludables	61
5.6	Insuficiente talento humano para la atención en salud, el cuidado formal y la atención integral de la persona mayor	62
6.	Presentación de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez	64
6.1	Objetivo general	64
6.2	Objetivos específicos	64
6.3	Principios y enfoques de la política pública	65
6.4	Ejes estratégicos y líneas de acción de la política	68
6.4.1	Eje estratégico 1. Superación de las desigualdades en las personas mayores 68	
6.4.2	Eje estratégico 2. Participación, inclusión y buen trato hacia las personas mayores 75	
6.4.3	Eje estratégico 3. Atención a la dependencia y organización del cuidado	79
6.4.4	Eje estratégico 4. Envejecimiento activo y saludable	83
6.4.5	Eje estratégico 5. Educación, formación e investigación	87
6.5	Plan de acción intersectorial para la implementación de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez	91
7.	Gestión, monitoreo y evaluación de la Política	92
7.1	Difusión de la Política	92
7.2	Implementación de la Política	92
7.3	Financiación de la Política	93
7.4	Monitoreo y Evaluación de la Política	93
7.5	Articulación de la Política de Envejecimiento y Vejez con otras políticas públicas sectoriales	94
	ANEXOS	97
	Anexo 1. Proceso participativo con la sociedad civil	97
	Anexo 2. Ampliaciones del Diagnóstico	97
	Aspectos demográficos del envejecimiento en Colombia	97
	Morbilidad atendida	33
	Anexo 3. Ejes Estratégicos y líneas de acción de la política	34
	Referencias bibliográficas	42

Índice de gráficos

Gráfico 1. Peso relativo de la población mayor. Colombia 1985-2030	23
Gráfico 2. Participación de la población mayor de 60 años por Departamento. Colombia 2020	24
Gráfico 3 . Tasa de Dependencia Económica. Colombia 1985-2030	24
Gráfico 4 . Contribución de la población mayor a la dependencia Económica. Colombia 1985-2030	24
Gráfico 5 . Índice de envejecimiento. Colombia 1985-2030	26
Gráfico 6 . Razón de sexo según grupo etario. Colombia 2020	27
Gráfico 7 . Población mayor que sabe leer y escribir, diferenciada por grupos de edad	28
Gráfico 8 . Nivel educativo más alto alcanzado por la población mayor	29
Gráfico 9 . Distribución de hombres y mujeres afiliados al SGSSS según régimen de afiliación	30
Gráfico 10 . Población mayor de 60 años ocupada, según rango de ingresos. Total Nacional	32
Gráfico 11 . Población mayor de 60 años ocupada, que cotiza a un fondo de pensiones según departamento. 2020 (octubre - diciembre)	33
Gráfico 12 . Promedio mensual de gasto más frecuente en hogares con población mayor según clasificación COICOP	35
Gráfico 13 . Promedio mensual de gasto menos frecuente en hogares con población mayor según clasificación COICOP	35
Gráfico 14 . Actividades que ocuparon a la población mayor en la última semana– Cabeceras municipales	36
Gráfico 15 . Prácticas asociadas al consumo cultural de personas mayores en los últimos 12 meses – Cabeceras municipales	37
Gráfico 16 . Frecuencia de prácticas asociadas al consumo cultural de personas mayores en los últimos 12 meses – Cabeceras municipales	38
Gráfico 17 . Uso de internet por la población mayor	40
Gráfico 18 . Razón por la que no accede a internet la población mayor	41
Gráfico 19 . Valoraciones por violencias contra la población mayor 2015-2020	42
Gráfico 20. Valoraciones por violencia intrafamiliar contra la población mayor 2015-2020	43
Gráfico 21. Valoraciones por violencia de pareja contra la población mayor 2015-2020	44
Gráfico 22. Valoraciones por presunto delito sexual contra la población mayor 2015-2020	45
Gráfico 23. Hogares según tipología generacional	45
Gráfico 24. Cuidadores de la población mayor	47
Gráfico 25. Cuidadores de otros hogares de la población mayor, diferenciados por sexo	47



Gráfico 26. Tipo de cuidado según sexo del cuidador familiar	48
Gráfico 27. Consecuencias profesionales y económicas de la labor de cuidado según sexo del cuidador familiar	49
Gráfico 28. Consecuencias para la salud de la labor de cuidado según sexo del cuidador familiar	49
Gráfico 29. Morbilidad atendida según agrupación de causas 2009-2020	52
Gráfico 30. Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexo 2009-2020	53
Gráfico 31. Tendencia de atenciones realizadas según tipo de atención 2009-2020	54
Gráfico 32. Número de atenciones realizadas y número de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento 2009-2020	54
Gráfico 33. Número de atenciones realizadas por persona por trastornos mentales y del comportamiento 2009-2020	55
Gráfico 34. Mortalidad población mayor 2010-2020	57
Gráfico 35. Causas de mortalidad población mayor 2010-2020	57
Gráfico 36. Autopercepción del estado de salud en la población mayor	59
Gráfico 37. Distribución por sexo de población mayor incluida en el RLCPD	60
Gráfico 38. Distribución por sexo de las alteraciones permanentes de la población mayor incluida en el RLCPD	60
Gráfico 39. Niveles de dependencia en Actividades Básicas de la Vida Diaria (Escala de Barthel) de personas mayores diferenciando por edad	61
Gráfico 40. Dependencia en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de personas mayores diferenciando por sexo	62
Gráfico 41. Dependencia en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de personas mayores diferenciando por edad	62
Gráfico 42. Dependencia en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de personas mayores diferenciando por sexo	63
Gráfico 43. Número de profesionales según tipo de programa y sexo	65
Gráfico 44. Número de profesionales según tipo de programa y periodo de cotización a seguridad social 2011-2021	66

Índice de tablas

Tabla 1. Población mayor que no sabe leer ni escribir, diferenciada por sexo	30
Tabla 2 . Personas mayores de 60 años según posición ocupacional	32
Tabla 3. Diagnósticos en trastornos mentales y del comportamiento 2015-2020	57
Tabla 4. Programas de Educación Superior para la Atención de la población mayor	66
Tabla 5. Programas de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano para la Atención de la población mayor	68
Tabla 6. Cursos Especiales impartidos por los Centros de Formación del SENA para la Atención de la población mayor	69

Tabla 7. Enfoques que rigen la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031

Siglas

BID	Banco Interamericano de Desarrollo	GEIH	Gran Encuesta Integrada de Hogares
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
CNPM	Consejo Nacional de Personas Mayores	SABE	Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social	OEA	Organización de Estados Americanos
COVID-19	Enfermedad por el Coronavirus 2019	OMS	Organización Mundial de la Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística	PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
DNP	Departamento Nacional de Planeación	TIC	Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones
ECV	Encuesta Nacional de Calidad de Vida		

1. Introducción

La compleja dinámica del envejecimiento de la población y el desarrollo humano de la vejez, se convirtieron en un problema social y en un asunto de política pública, desde la “Asamblea mundial sobre envejecimiento” que se desarrolló en Viena, Austria, en 1982. Las conclusiones de esta cumbre, abordaron los primeros análisis de las consecuencias –para las sociedades y, fundamentalmente, para los Estados– sobre la creciente proporción de las personas mayores, con miras a lograr la plena realización de su potencial y mitigar, mediante medidas apropiadas, los efectos negativos sobre el desarrollo y las del desarrollo sobre las personas de edad (Plan de Acción Viena: 1984) En adelante, no han cesado los llamados internacionales, para establecer una agenda en cada país, destinada a dar respuesta a los retos de las denominadas “transición demográfica” y “transición epidemiológica”¹, que alcanzarán su máxima expresión en el presente siglo, con la configuración de sociedades predominantemente longevas.

Colombia no ha sido ajena a los acuerdos, los tratados y los escenarios de articulación internacional, que han desarrollado los postulados de Viena. De la lista de compromisos hacen parte, entre otros, el “Protocolo de San Salvador” (1988), la Resolución de las Naciones Unidas sobre los principios a favor de las personas de edad (1991), la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid, España (2002), la “Declaración de Brasilia” (2007), la “Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe” (2012), el “Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo” (2013), la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible (2015), la “Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores” de la Organización de los Estados Americanos (OEA) (2015), la “Declaración de Asunción” (2017), la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria en salud de Astaná, Kazajistán (2018) y, finalmente, el Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020).

Desde estos instrumentos e instancias internacionales –un listado, en todo caso no exhaustivo– se han establecido consensos para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores, bien a título de recomendaciones o con efectos vinculantes para el Estado Colombiano. Entre los mandatos principales para salvaguardar a la vejez se pueden citar, grosso modo: i) asegurar el acceso integral en salud, ii) garantizar la cobertura universal del sistema de pensiones, iii) desarrollar entornos físicos y sociales, humanos, seguros y accesibles, iv) favorecer su participación en las decisiones de política pública que los afecten, v) eliminar la discriminación por razón de la edad, el maltrato y el abandono vi) brindar oportunidades para que puedan contribuir al desarrollo productivo y económico, desde su inclusión en los mercados laboral y educativo y, por ende, reducir su dependencia económica, vi) satisfacer sus necesidades básicas en términos de nutrición, vivienda, medio ambiente sano y calidad de vida, vii) recomponer el tejido social, la solidaridad y la cohesión intergeneracional, para promover su permanencia en el seno de las familias y el acompañamiento de sus redes de apoyo y ix) desarrollar y fortalecer la oferta para el cuidado de largo plazo y la atención a la dependencia física.

A su turno, desde la visión del envejecimiento, las posturas internacionales trascendieron de la conceptualización tradicional demográfica y fisiológica, para dar paso al abordaje del envejecimiento activo y saludable. Se comprende como un proceso evolutivo a lo largo del ciclo vital, desde el momento de la concepción y hasta la muerte –con unos contornos

¹ La teoría de la transición demográfica tiene su inicio en los estudios iniciados por el demógrafo estadounidense Warren Thompson en el año 1929.

diferenciales desde la construcción sociocultural– para reconocer los factores que, junto con la atención en salud, afectan para bien o para mal el modo en que envejecen los individuos y las poblaciones. Desde esta acepción integral, los llamados internacionales han instado, entre otros lineamientos, por: i) revisar la tendencia de los determinantes del envejecimiento y la vejez y las acciones relacionadas con los hábitos y estilos de vida saludable, ii) el cuidado y el autocuidado y la seguridad alimentaria y nutricional, iii) la vigilancia en salud pública sobre los factores predictores de discapacidad y el fomento a la independencia, la autonomía, la autorrealización y la dignidad y v) la atención primaria en salud (APS) con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, desde un enfoque diferencial e intersectorial de las acciones individuales y colectivas de la gestión integral del riesgo en salud.

En Colombia los desarrollos, legislativos y jurisprudenciales, para dar respuesta a estas construcciones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, no se hicieron esperar. Han sido el fruto de un mayor conocimiento en la materia, de la toma de conciencia sobre los derechos humanos, la vulnerabilidad, la naturaleza especial y la dignidad inherente a la condición humana de las personas mayores. Hoy, la estructura programática desde el ordenamiento legal y jurídico y su materialización en las políticas públicas, las hace tributarias de una atención con enfoque diferencial positivo, con mayores progresos en algunos campos como en salud, nutrición y educación. No obstante, pese a estos esfuerzos estatales, se sabe que el país está a medio camino para responder a las demandas y los desafíos identificados en el ámbito internacional, de cara a los cambios ocasionados por los patrones demográficos y epidemiológicos de morbilidad y fertilidad, que han venido alterando la composición de la población, menguando el número de niños, niñas, adolescentes y jóvenes y, en contraposición, generando un aumento de adultos y personas mayores, con tasas de longevidad cada vez más altas, comparativamente con los registros de la región (Jaspers: 2009; BID: 2019).

A partir de estos antecedentes, el Ministerio de Salud y Protección Social [en adelante MSPS] inició en 2021 la actualización de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez –que se presenta en este documento– como base estructural para encarar la transformación social más significativa del siglo XXI: el envejecimiento de la población y sus consecuencias económicas, sociales y políticas para el desarrollo sostenible –en términos de las Naciones Unidas–. Una realidad que pasa por resolver un triple desafío: i) configurar nuevos estándares para reconocer y garantizar el goce y ejercicio pleno de los derechos y libertades fundamentales de las personas mayores, de acuerdo con los axiomas del entramado internacional, que se condensaron en la “Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores” y en las exigencias del plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030, ii) asegurar las capacidades institucionales y los recursos, para atender las demandas, presentes y futuras, de la dinámica progresiva del envejecimiento y la atención de la vejez para la década 2022 y 2031 y iii) construir un plan de acción para ordenar el activismo intersectorial, bajo la premisa de la urgencia de una acción articulada, complementaria y multidimensional, para materializar la ejecución efectiva de las intervenciones de la política y una respuesta institucional específica y diferenciada, acorde con las particularidades del proceso de envejecimiento y de la vejez en el país.

En respuesta a estos desafíos, la “Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031” recoge las recomendaciones y las cláusulas mandatorias de los acuerdos internacionales aún pendientes por resolver y los vacíos del marco normativo que, desde 1979, ha acompasado la gestión de las entidades territoriales en estas materias.

Adicionalmente, incorpora los resultados de un proceso amplio de construcción social participativa, en el cual tomaron parte las secretarías de salud y las secretarías de desarrollo social de 37 entidades territoriales departamentales y distritales² –bajo la coordinación del MSPS–. En total se registraron 67 jornadas de reflexión, análisis y construcción de consensos con la sociedad civil³ a las cuales se sumaron 1.637 participantes, de los cuales un 28% correspondió a personas mayores (Ver Anexo 1). Y, finalmente, integra la evidencia cualitativa y cuantitativa recopilada por el país con posterioridad al año 2015⁴ para construir el diagnóstico situacional de las personas mayores. Desde estas fuentes de información, se sentaron las bases preliminares de la intervención pública para el envejecimiento y la vejez para el período 2022-2031, que hoy están siendo acompasadas desde las entidades del Gobierno Central, con el fin de validar sus alcances y construir el Plan de Acción que será la hoja de ruta de su ejecución.

El objetivo no es otro que el de corregir, de manera progresiva, las inequidades, injustas y evitables que, por consiguiente, configuran metas de política destinadas a aumentar la equidad en la atención a la vejez (Comisión de determinantes sociales: 2008) y, por otro lado, “planear” el bien-estar físico, cognitivo y socioeconómico del envejecimiento, en función del mejoramiento de la calidad de la vida de las personas de edad y de la sustentabilidad de los diversos sistemas, tanto estructurados como no estructurados, en que se funda el bienestar y el goce en todo el curso de la vida (Plan de Acción de Madrid: 2002). Sumar años de vida saludable a la vejez desde la primera infancia y asegurar que la vejez sea una etapa productiva, digna y con calidad de vida, contribuirá a amortizar parte de la deuda social del país con las poblaciones vulnerables.

Este documento presenta, entonces, los avances en la formulación de la “Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031”. Se compone de 7 apartados, además de esta introducción así: ii) la Justificación del cambio anticipado de la política, iii) los fundamentos para la protección del envejecimiento y la vejez, que recoge los referentes constitucionales, jurisprudenciales, el contexto internacional y la normativa nacional que subyacen a su formulación, iv) el marco conceptual que presenta las principales categorías que obran como hilo conductor para el desarrollo de la política, v) el diagnóstico situacional de las personas mayores, mediante el cual se definen las principales problemáticas que afrontan las personas mayores, vi) la definición de la política desde una estructura de cinco ejes estratégicos y sus respectivas líneas de acción, vii) y, finalmente, los mecanismos para su implementación y gestión de monitoreo y evaluación. Desde este último acápite se vislumbran las competencias institucionales que serán objeto del segundo abordaje, desde la construcción del Plan de Acción que articule de manera integral las intervenciones, el trabajo interinstitucional y la identificación de las fuentes de su financiación.

² Ellas fueron: Putumayo, Boyacá, Huila, Santander, Antioquia, Atlántico, Casanare, Bogotá, Barrancabermeja, Valle del Cauca, Vaupés, Tolima, Cartagena, Caldas, Sucre, San Andrés, Meta, Nariño, Chocó, Bolívar, Norte de Santander, Santa Marta, Cesar, Vichada, Córdoba, Barranquilla, Cali, Arauca, Cundinamarca, Risaralda, La Guajira - Riohacha, Guaviare, Buenaventura, Guainía.

³ Entre otros sectores que participaron en estas convocatorias se pueden mencionar los sectores de: agricultura, educación, deporte y recreación, salud, inclusión social, defensa, entidades de control, desarrollo económico, trabajo, justicia y paz, transporte, vivienda y tecnologías de la información, administraciones y autoridades locales, operadores y prestadores de servicios a las personas mayores, organizaciones y asociaciones de personas mayores, así como representantes del sector productivo y de infraestructura, asuntos eclesásticos, mujer y género, cabildos indígenas, discapacidad, entre otras.

⁴ Entre las fuentes de información se encuentran la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Colombia) (2015), realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social conjuntamente con la Universidad del Valle y la Universidad de Caldas; el Estudio de la Misión Colombia Envejece (2015) de Fedesarrollo y la Fundación Saldarriaga Concha; el Censo Nacional de Población y Vivienda (2018) y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2019) del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane).

2. Justificación

La acelerada transición demográfica, que augura la emergencia de una sociedad envejecida para este siglo, ha puesto a la población mayor en el centro de las preocupaciones de la agenda pública nacional y como una prioridad en el gasto público. Su magnitud ha sido descrita desde diversas fuentes⁵, que advierten sobre el inicio del fenómeno desde mediados del siglo XX a expensas, por una parte, de los logros socioeconómicos que redundaron en una mejor calidad de vida y, por otro, al comportamiento de las principales variables epidemiológicas, que viraron hacia un escenario de bajas tasas de fecundidad y mortalidad. Las cifras no sólo advierten sobre el cambio en el tamaño, la composición y la distribución etaria de la población nacional –una de las más avanzadas de la región– sino, además, sobre la persistencia de las inequidades que rondan a la vejez y los desafíos que demanda el envejecimiento activo y saludable que se postuló desde el ámbito del Derecho Internacional de los Derechos Humanos⁶.

Sólo para aproximar una mirada a la magnitud de la transición demográfica –y de la epidemiológica que la acompaña– basta con mencionar algunos estadísticos que dan cuenta del peso de las personas mayores en la población nacional. Así, de 2.3 millones de personas mayores en 1990, Colombia pasó a 3.2 millones al inicio del siglo XXI, el 8.1% de la población para entonces. En 2021 representan el 13.92% de la población nacional, en términos absolutos son 7.107.914 personas. Dentro de una década, es decir, en 2031 serán casi 3 millones más, para un total de 10.012.815, una variación de 41% frente a 2021. Pero, además, mientras la población en general aumentó a un ritmo de 1.3% promedio anual entre 2001 y 2021, la población mayor de 60 años se incrementó a una tasa promedio anual de 3.93% en el mismo período. En el próximo decenio (2021-2031) el aumento de este segmento poblacional será del 3.6% en promedio anual, en tanto la población general lo hará al 1.0%.

Pero más allá del acelerado proceso de envejecimiento de la población, los llamados nacionales e internacionales han sido permanentes, para atender las enormes consecuencias económicas, sociales y políticas frente a la demanda creciente de pensiones, servicios de salud, ingresos y, por ende, de un mercado laboral inclusivo para una población envejecida, cuyo desarrollo humano tuvo lugar en un entorno que no garantizó la igualdad de oportunidades y que, por el contrario, exacerbó y determinó las vulnerabilidades y fragilidades que hoy exhibe este segmento poblacional. Con varios atenuantes: la “feminización del envejecimiento” y las crecientes tasas de longevidad al interior del ciclo vital, que auguran mayor presión sobre los servicios de cuidado y de atención a la dependencia física. Y, por otro lado, el impacto de la pandemia del virus de SARS-CoV-2, que no sólo retrasó el cumplimiento de los compromisos globales, sino que, además, las puso en la línea de mayor afectación por contagios y tasas de defunción por esta enfermedad, atada a la alta prevalencia de multimorbididades entre esta población.

Se sabe que un porcentaje importante de los adultos mayores del país se ve obligado a mantenerse en el mercado laboral –en el informal mayoritariamente–, o continúa prestando

⁵ Flórez 2000 y 2016; Dulcey Ruiz, Arrubla y Sanabria 2013; Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha 2015, Banco Interamericano de Desarrollo (2019).

⁶ “El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que los Estados deben respetar. Al pasar a ser partes en los tratados internacionales, los Estados asumen las obligaciones y los deberes, en virtud del derecho internacional, de respetar, proteger y realizar los derechos humanos. La obligación de respetarlos significa que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos, o de limitarlos. La obligación de protegerlos exige que los Estados impidan los abusos de los derechos humanos contra individuos y grupos. La obligación de realizarlos significa que los Estados deben adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los derechos humanos básicos” (Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/internationalallaw.aspx>

servicios de cuidado sin ninguna retribución. Otro segmento carece de pensión, ahorros o de una fuente de ingresos para su manutención en la vejez e incluso no pudo acceder a educación o formación para forjar un emprendimiento en la última etapa de su ciclo vital. Otro tanto, no tiene una vivienda, le fue usurpada durante el conflicto armado o hace parte de los hogares unipersonales, que están llevando a las personas mayores a la soledad y al ostracismo, sin una fórmula de asistencia o apoyo para su condición de dependencia. Y, finalmente, se percibe un escenario heterogéneo de coberturas entre los departamentos de mayor y menor desarrollo económico, que definen inequidades brechas y barreras de acceso a los derechos, mediadas por dobles y triples vulnerabilidades, asociadas con las violencias, la revictimización, la discriminación por edad, la discapacidad, el origen étnico, la identidad de género u orientación sexual no hegemónica, el tránsito a la reincorporación a la vida civil o por su habitanza en calle o en la zona rural o la procedencia transfronteriza.

Como resultado de estas realidades, se desprende para el país la obligación de profundizar las acciones para acelerar el cumplimiento de las metas internacionales y las nacionales, como un deber ético frente a “sujetos de especial protección” y, por ende, destinatarios de un “amparo especial”. La revisión anticipada de la “Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015 – 2024” hace parte, entonces, del propósito para desarrollar, en primer lugar, los compromisos globales pendientes, en particular, los derivados de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid, España –y de las declaraciones que han soportado sus postulados–, así como de los señalados en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible (2015), la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria en salud de Astaná, Kazajistán y, finalmente, el Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030.

En segundo lugar, está en el camino de incorporar una visión autocrítica sobre los alcances de la “Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015 – 2024” que, si bien representó un esfuerzo para dar salida a las principales disyuntivas de la transición demográfica y epidemiológica, no contó con un instrumento de seguimiento y medición, como tampoco de mecanismos de coordinación y complementariedad entre las distintas instancias de la administración pública. Circunstancias que derivaron en esfuerzos aislados, que no lograron corregir de manera integral las fallas de exclusión.

En esta misma línea, se busca dar cumplimiento a los mandatos legislativos y jurisprudenciales nacionales, en especial de los establecidos en la Ley 1251 de 2008⁷, así como de los que surgieron con la promulgación de la Ley 2055 de 2020, encargada de adoptar la “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, el principal tratado para proteger, respetar y promover la condición de las personas mayores, tras reafirmar la defensa de 27 derechos y libertades fundamentales, que hoy demandan un desarrollo normativo mayor. Y, finalmente, abordar la problemática que reconoce esta política en su diagnóstico sobre el envejecimiento y la vejez, en línea con las recomendaciones formuladas desde el Observatorio de Envejecimiento y Cuidados del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), instancia que junto con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), coinciden en las responsabilidades de los gobiernos para estructurar, regular y proveer bienes y servicios acordes con el proceso de envejecimiento y la vejez del país.

⁷ “Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”.

Para cumplir estos objetivos es preciso abordar los diferenciales que distinguen a la nación colombiana, amparados desde la garantía constitucional a la diversidad. Un paradigma destinado a poner fin a la discriminación en todas sus dimensiones y, especialmente, al “edadismo”, como criterios para negar derechos y libertades fundamentales. Desde la perspectiva del enfoque diferencial –que soporta esta política– el Estado y la sociedad colombiana tendrán que garantizar el derecho a la igualdad, en sus facetas material y formal, para los hombres, las mujeres y los ciudadanos que se autorreconocen con otras identidades de género no hegemónicas. Pero, además, desde sus distintas naturalezas raciales y cultural, de curso de vida y de su desarrollo humano, que comprende a las víctimas, las personas con discapacidad y aquellas en proceso de reincorporación a la vida civil, las privadas de la libertad, migrantes, habitantes de calle y residentes en la zona rural y, en general, a todas aquellas que, por sus fragilidades socioeconómicas, demandan una respuesta diferenciada. Para ellas deberá estar presente la institucionalidad, pública y la privada, los sectores sociales, los medios de comunicación y el ordenamiento jurídico, con miras a una sociedad más justa y equitativa para las personas mayores del país.

3. Fundamentos para la protección del envejecimiento y la vejez

3.1 Garantías constitucionales y jurisprudenciales

La protección y el reconocimiento de los derechos fundamentales de la población mayor, subyacen tras dos de los principios fundantes del Estado Social de Derecho que instituyó la Constitución Política de 1991: la “solidaridad social” y la “dignidad humana” (Constitución Política, artículo 1)⁸. Desde esta postura se coligen una serie de “deberes fundamentales” y de “compromisos morales”, que invocan la obligación de protección, asistencia e inclusión, como un efecto de la conciencia social y la mutua colaboración entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades. Su finalidad: coadyuvar con sus congéneres más débiles, como un deber, impuesto a toda persona por el solo hecho de pertenecer al conglomerado social (Corte Constitucional: 2005, 2013, 2014, 2016).

Así, como fenómeno moral, la protección de las personas mayores, está en la base del respeto por los derechos humanos y del proceso de humanización, vinculado al interés en el “bien-estar” propio y del “otro”, como una responsabilidad para el individuo, la familia y la comunidad en general. No sólo como un compromiso del ejercicio institucionalizado de la ciudadanía –consignado en el sistema de derechos y deberes constitucionales de la persona y del ciudadano – sino, además, como un resultado de los valores asentados en el imaginario colectivo, que mueven a la cooperación. Es un fenómeno análogo a la cohesión social, que activa el apoyo mutuo, considerando la interdependencia que caracteriza la convivencia civilizada y la responsabilidad intergeneracional (Stiefken: 2014).

A su turno, para el Estado Social de Derecho, implica concurrir en el reconocimiento y protección que requieren sus asociados, honrando los tres lineamientos que materializan la dignidad humana: i) la autonomía para diseñar un plan vital y determinarse según sus características –vivir como se quiera–, ii) las condiciones materiales de la existencia –vivir bien– y iii) la intangibilidad de los bienes no patrimoniales: la integridad física y la integridad moral –vivir sin humillaciones– (Corte Constitucional: 2002). La intervención está llamada a

⁸ El artículo 1 de la Constitución establece que Colombia es un Estado social de derecho fundado “en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la *solidaridad* de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.

privilegiar el gasto público social en el bienestar individual y colectivo y, por esta vía, favorecer el desarrollo humano a través de medidas de acción afirmativas. Así, a pesar de existir un especial deber de solidaridad en cabeza de la familia, el Estado no sólo puede, sino que debe contar con una política pública de cuidado, protección e integración, para garantizar el goce y ejercicio de los derechos fundamentales de los más débiles (Corte Constitucional: 2014).

Se materializan así los fines sociales del Estado y el derecho a la igualdad (artículo 13 C.N.) en sus dos facetas: formal y material. La primera contempla el deber de tratar a todos los individuos con la misma consideración y reconocimiento y, en consecuencia, abstenerse de concebir normas, políticas o programas, que conduzcan a agravar o perpetuar la exclusión. En sentido material, apunta a superar las desigualdades que afrontan las personas que se encuentran en situación de debilidad manifiesta, mediante acciones dirigidas a favorecer a determinadas personas o segmentos poblacionales –como las personas mayores de 60 años–, para que alcancen mayor representación y mejores condiciones de igualdad en dignidad y derechos (Corte Constitucional: 2012).

3.2 Derechos humanos de las personas mayores en el marco jurídico internacional

El Derecho Internacional de los Derechos Humanos reafirma para el Estado colombiano, el deber de ampliar la eficacia en la cobertura de las garantías constitucionales para las personas mayores. Prescribe, por un lado, la urgencia de avanzar gradualmente en su reivindicación y, por otro, en la prohibición de generar un detrimento en lo alcanzado (Corte Constitucional: 2008, 2014, 2015). Así, desde los tratados internacionales, aprobados o ratificados por Colombia⁹, se deben proteger, respetar y promover los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, desde un enfoque de derechos humanos, que parte de la existencia de “sujetos titulares de derechos”, que obliga al Estado y a la sociedad en su reconocimiento, más allá de una atención asistencialista y con especial consideración por los colectivos históricamente excluidos (Abramovich y Courtis, 2006; OACDH, 2004; CEPAL, 2006).

En la actualidad el principal instrumento del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, que puede ser invocado para la protección de los derechos de las personas mayores y el respeto a su condición, es la “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, aprobada por Colombia mediante la Ley 2055 de 2021. Sintetiza el activismo desarrollado en favor de este segmento poblacional desde 1969, por las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos (OEA). Desarrolla 15 principios centrados en los derechos humanos, el curso de vida con equidad e igualdad de género, la protección integral y la atención preferencial. Reconoce, además, 27 derechos humanos: 1) igualdad y no discriminación por razones de edad, 2) a

⁹ De los instrumentos ratificados por Colombia se destacan: la Declaración Universal de los Derechos Humanos: recoge los derechos de la persona y define las bases para vivir en sociedad: respeto a la autonomía, libertad, igualdad en el trato, justicia, solidaridad y medios para acceder a la salud y la educación (Colombia ratificó este tratado en 1968). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (aprobada por Colombia mediante la Ley 51 de 1981). Pacto internacional de derechos económicos sociales y culturales (Adoptado mediante la Ley 74 de 1968 “por la cual se aprueban el Pacto, así como el Protocolo Facultativo, aprobado por Naciones Unidas en 1966. Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica (Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 26): los Estados Partes se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona, sin discriminación alguna por motivos de raza color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social (aprobado por Colombia mediante la Ley 16 de 1972). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, denominado “Protocolo de San Salvador” (aprobado por Colombia mediante la Ley 319 de 1996). Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (Ratificada por Colombia mediante la Ley 762 de 2002) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ratificada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009), entre otros

la vida y a la dignidad en la vejez, 3) a la independencia y a la autonomía, 4) a la participación e integración comunitaria, 5) a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, 6) a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, 7) a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, 8) a recibir servicios de cuidado a largo plazo, 9) a la libertad personal, 10) a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información, 11) a la nacionalidad y a la libertad de circulación, 12) a la privacidad y a la intimidad, 13) a la seguridad social, 14) al trabajo, 15) a la salud, 16) a la educación, 17) a la cultura, 18) a la recreación, al esparcimiento y al deporte, 19) a la propiedad, 20) a la vivienda, 21) a un medio ambiente sano, 22) a la accesibilidad y a la movilidad personal, 23) a los derechos políticos, 24) a la reunión y asociación, 25) a protección ante situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, 26) a igual reconocimiento como persona ante la ley y, 27) al acceso a la justicia.

Los pasos previos para la adopción de esta Convención, comprenden un engranaje de escenarios e instancias de concertación planetaria, cuyos principales hitos se condensan en la “Asamblea mundial sobre envejecimiento” de Viena, Austria, en 1982, en la cual se adoptó el primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y, por otra parte, la “Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid, España (2002)”, cuyo plan de acción centró su objetivo en “garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos” (Plan de Acción Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid: 2002).

Las recomendaciones de esta instancia fueron adoptadas por Colombia, con arreglo a tres orientaciones prioritarias que se definieron:

- Personas de edad y el desarrollo. Comprende la adopción de acciones en torno a ocho asuntos puntuales: i) participación activa en la sociedad y en el desarrollo, ii) el empleo y el envejecimiento de la fuerza de trabajo, iii) desarrollo rural, migración y urbanización, iv) acceso al conocimiento, la educación y la capacitación, v) solidaridad intergeneracional, vi) erradicación de la pobreza, vii) seguridad de los ingresos – protección y seguridad social– y prevención de la pobreza y viii) protección en situaciones de emergencia.
- Fomento de la salud y el bienestar en la vejez. Los compromisos en este frente se han dividido en seis áreas: i) el fomento de la salud y el bienestar durante toda la vida, ii) acceso universal y equitativo a la atención en salud, iii) las personas de edad y el VIH/SIDA, iv) capacitación de los proveedores de servicios de salud y de los profesionales de la salud, v) salud mental de las personas de edad y vi) las personas de edad con discapacidad.
- Creación de un entorno propicio y favorable. Establece el abordaje desde 4 cuestiones: i) vivienda y condiciones de vida digna, ii) asistencia y apoyo a las personas que prestan asistencia, iii) abandono, maltrato y violencia e iv) imágenes del envejecimiento (Plan de Acción Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid: 2002).

Pero no han sido los únicos espacios de construcción de consensos que han comprometido el bienestar y las mejoras en la calidad de vida para las personas mayores. En el lapso comprendido entre 2011-2020 la OEA y la ONU articularon distintos escenarios. De ese engranaje se destacan la Agenda 2030, la cual constituye una de las principales guías de política pública para 15 años –contados a partir de 2016– dirigidas a la prosperidad, la paz universal y la erradicación de la pobreza, como requisito indispensable para el desarrollo sostenible. Establece 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), desagregados en 169

metas, en tres dimensiones: económica, social y ambiental, recogidos por Colombia mediante el Conpes 3918 de 2018. Desde estas estrategias se desligaron orientaciones extensivas a las personas mayores y al envejecimiento, en términos de protección de los derechos humanos, la igualdad y la no discriminación, erradicación de la pobreza y seguridad alimentaria, vida sana y bienestar para todas las personas en todas las edades, igualdad de género, ciudades y asentamientos humanos inclusivos, resilientes y sostenibles, educación inclusiva durante toda la vida, pleno empleo y trabajo decente, reducción de la desigualdad en los países y entre ellos y facilitar el acceso a la justicia (Huenchuan y Rovira, 2016).

Finalmente, se consolida el Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, proclamado en 2020 por la ONU y liderado por la Organización Panamericana de la Salud. Establece el segundo plan de acción de la Estrategia Mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud, desarrolla el Plan de Acción Internacional de Madrid y se adhiere a los lineamientos rectores de la Agenda 2030. La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 desarrolla un enfoque basado en los derechos humanos, reconociendo la universalidad, inalienabilidad e indivisibilidad de éstos y centra sus directrices en cuatro ámbitos de actuación:

- Cambiar la forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento. Por esta vía, ratifica ocho líneas de trabajo tendientes a erradicar la discriminación por motivos de edad, así como para prevenir y eliminar el edadismo, el abuso y el maltrato de las personas mayores, propender por la recopilación y difusión de información sobre el envejecimiento saludable, la contribución de las personas mayores y el fomento de la solidaridad intergeneracional.
- Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores. Comprende 19 estrategias centradas en mecanismos multisectoriales a nivel nacional, subnacional y local, con el fin de promover el envejecimiento saludable, la inclusión social y la participación de las personas mayores, fortalecer la capacidad de las comunidades rurales y urbanas para ampliar las opciones y adaptaciones habitacionales, la movilidad y accesibilidad a los edificios, transporte y espacio público. Así mismo, para garantizar el acceso a tecnologías de la información y la comunicación, promover la alfabetización financiera y digital, apoyar la seguridad de los ingresos y el trabajo decente, el aprendizaje, la atención sanitaria y social, la nutrición y la salud bucodental, adoptar planes para las emergencias humanitarias, asignar recursos humanos y financieros y supervisar y evaluar las actuaciones.
- Ofrecer una atención integrada y centrada en las personas, y servicios de salud primarios que respondan a las necesidades de las personas mayores. Las 12 líneas de acción están dirigidas a la atención integral de las personas mayores y el acceso a la atención primaria con servicios dirigidos a garantizar la vacunación, detección, prevención, control y manejo de enfermedades no transmisibles (incluida la demencia) y transmisibles, así como de las afecciones relacionadas con la edad y aplicar directrices para la atención integral –incluido el uso de tecnología digital–. Así mismo, orientaciones para desarrollar el talento humano en salud con competencias en materia de envejecimiento, utilizar modelos mixtos de financiación de salud y evaluar sus vínculos con los sistemas de protección social (pensiones y protección sanitaria).
- Proporcionar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que lo necesiten. Los propósitos de las 15 directrices en esta materia involucran: garantizar la existencia de marcos jurídicos para la prestación de cuidados a largo plazo y gestionar el desarrollo de los servicios de cuidados a largo plazo (modelos de financiación sostenibles, cultura de la atención, seguimiento de la calidad, estándares de

acreditación y efectos en la mejora de la capacidad funcional y el bienestar de las personas mayores), elaborar normas, protocolos y mecanismos de acreditación para la prestación de apoyo y atención social a nivel comunitario, asegurar la formación de los cuidadores formales y los informales e introducir estrategias de difusión de información y servicios de descanso en el cuidado (Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030: 2020)

3.3 Evolución normativa y de política en el ámbito nacional

En desarrollo de estos mandatos, el país ha transitado por un camino dinámico de procesos políticos, dirigidos a las personas mayores, en al menos cinco frentes, de acuerdo con los desarrollos normativos más recientes: i) Proteger y respetar la condición de las personas mayores, reducir las brechas y asegurar el acceso efectivo a la justicia y su participación social, ii) garantizar la atención en salud, los servicios sociosanitarios y su financiación, iii) generar un mercado laboral inclusivo y seguridad de los ingresos y iv) promover el envejecimiento activo y saludable. Grosso modo, comprenden:

- Proteger y respetar la condición de las personas mayores, reducir las brechas y asegurar el acceso efectivo a la justicia y su participación social. Desde esta primera categoría se han promulgado las Leyes 1171 de 2007, 1251 de 2008, 1850 de 2017, 1857 de 2017, 1996 de 2019, 2055 de 2020 y el Decreto 460 de 2020, Decreto 163 de 2021, entre otras normas destinadas a desarrollar un marco normativo de protección especial, en virtud de la condición de debilidad y vulnerabilidad manifiesta de este segmento poblacional. Comprende: garantías para los derechos a la educación, la recreación, el desarrollo integral de la familia, potenciar los recursos afectivos, económicos, culturales y de solidaridad, fortalecer el marco sancionatorio y de restablecimiento de derechos, que incluye la prohibición de la discriminación, explotación, maltrato, abuso, abandono, violencia e inasistencia alimentaria, reconocer la capacidad legal para todas las personas mayores con discapacidad y la creación de Consejo Nacional de Personas Mayores.
- Garantizar la atención en salud, los servicios sociosanitarios y su financiación. La producción legislativa que recoge directrices en estos aspectos incluye las Leyes 100 de 1993, 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1251 de 2008, 687 de 2001, 1315 de 2009, 1850 de 2017, Resoluciones 024 del 2017 y 055 del 2018 y las leyes 1276 de 2009 y 1955 de 2019. Desde esta normatividad se identifica a las personas mayores como “sujetos de especial protección”, se regula el funcionamiento de las instituciones de protección que ofrecen servicios de hospedaje, bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a las personas mayores, las condiciones mínimas para dignificar su estadía en dichos centros (programas y servicios sociales), los estándares y criterios para acreditar su funcionamiento, la destinación y distribución de los recursos de la “Estampilla para el Bienestar del adulto mayor” y las modalidades de atención.
- Generar un mercado laboral inclusivo y seguridad de los ingresos. Desde este ámbito se promulgaron las leyes 797 de 2003, el Acto Legislativo 01 de 2005, las leyes 1328 de 2009, 1151 de 2007, 2010 de 2019 las resoluciones 1370 de 2013 y 1445 de 2021 y la Ley 2040 de 2020. Estas normas han estimulado el empleo formal para las personas mayores que no gozan de pensión, promoviendo la autonomía y autosuficiencia económica, crean los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) como esquema flexible de protección para la vejez y señalan al Fondo de Solidaridad

Pensional como fuente principal de su financiamiento, establecen porcentajes diferenciales de cotización para la población pensionada según el valor de su mesada de jubilación, actualizan el “Manual Operativo del Programa de Protección Social al Adulto Mayor”, hoy Colombia Mayor y desarrollan la metodología Sisben IV como instrumento de focalización para las personas mayores que se encuentran en situación de pobreza extrema y mendicidad.

- Promover el envejecimiento activo y saludable. Se pueden mencionar la Ley 1355 de 2009, la Resolución 1841 de 2013 y la Ley 2120 de 2021. Estas normas han desarrollado un conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias, que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones, hábitos y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial. De su mando han desplegado acciones en torno a la obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, el requisito de rotulado o etiquetado nutricional que deben cumplir los alimentos envasados para consumo humano y los productos comestibles o bebibles, clasificados de acuerdo con cantidad excesiva de nutrientes “críticos”, donde se incorpore el sello de advertencia para los consumidores.

Mención aparte merecen las políticas públicas de envejecimiento y vejez en sus dos versiones: vigencias 2008-2013 y 2015-2024. El desarrollo de sus postulados ha permitido progresos en la protección de los derechos humanos de las personas mayores, en especial en áreas como la salud, la educación, la nutrición, la participación social y productiva y el reconocimiento del envejecimiento activo y saludable. Así mismo, han estimulado la formación de capital humano en salud, con la creciente formación de gerontólogos y geriatras y la investigación en materia de envejecimiento y vejez. Igualmente, se posicionó en la agenda pública el servicio de cuidado, la seguridad de los ingresos, la vivienda para las personas de edad y, por otro lado, se visibilizó la violencia, el maltrato, el abandono y la discriminación contra las personas mayores.

4. Marco conceptual del envejecimiento y la vejez

4.1 Derechos humanos, envejecimiento y vejez

Distintas teorías y modelos analíticos avanzaron en la construcción conceptual del proceso de envejecimiento y la vejez¹⁰, ancladas en explicaciones psicológicas, sociales, biomédicas y marcos sociológicos fragmentados, que resultaron insuficientes para comprender la vida personal y social de las personas mayores. Desde estas aproximaciones se abordaron de manera aislada factores como: las carencias económicas, los marcadores cronológicos y las deficiencias cognitivas y orgánicas que, a la postre, justificaron la exclusión y la discriminación en el ejercicio pleno de la ciudadanía por razón de la edad. Por esta vía, los enfoques de las políticas públicas establecieron las soluciones en el plano individual o de una minoría y no como una responsabilidad social, con profundas consecuencias en el desarrollo socioeconómico de todos y todas (Huenchuan, 1999; Huenchuan y Rodríguez-Piñero, 2010).

¹⁰ Desde el enfoque biologicista: (Papalia y Wendkos: 1998); enfoque psicológico y sus diferentes acepciones (Comisión Nacional para el Adulto Mayor: 1995); (Redondo, 1990), (Vellas: 1996); (Papalia y Wendkos: 1998). Desde el enfoque psicológico: Ericsson (1985); Desde el enfoque social: (Bury: 1995); (Estes: 1986); (Redondo: 1990).



El cambio de paradigma sobre la comprensión integral del envejecimiento y la vejez, derivó de los instrumentos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, desde principios de la década de los ochenta del siglo pasado, cuando se incorporó el enfoque de derechos humanos para orientar y desarrollar las políticas públicas, en respuesta a la emergencia de las transiciones demográfica y epidemiológica que advertían la creciente participación de los adultos mayores en el total de la población (Flórez 2000; Dulcey-Ruiz, Arrubla y Sanabria: 2013; Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha: 2015). Su reconocimiento como sujetos titulares de derechos —de goce y ejercicio plenos— se tradujeron en la irrupción de un nuevo sujeto social, que reclamaba un tratamiento particular en razón de su edad e introdujo vindicaciones para expandir, especificar y profundizar los derechos humanos en el desarrollo (Huenchuan y Rodríguez-Piñero: 2010).

En tal sentido, los Estados quedaron comprometidos a abstenerse de interferir en el goce de los derechos, impedir que fuesen transgredidos y realizar prestaciones positivas, para que su ejercicio se materialice, de manera real y efectiva, especialmente, para los sectores históricamente marginados (Huenchuan y Morlachetti: 2007). Desde el enfoque de derechos, el envejecimiento y la vejez, empezaron a ser comprendidos de manera diferente, como procesos multidimensionales permeados por realidades cronológicas, biográficas, psíquicas, biológicas, fisiológicas, culturales y sociales, que determinaron su conexión con el desarrollo humano, la dignidad, la igualdad y la solidaridad, como un mandato para los gobiernos y como una responsabilidad social moral desde el apoyo mutuo entre las generaciones.

Desde las nuevas miradas del enfoque de derechos, el envejecimiento se entiende como un proceso de múltiples transformaciones a lo largo del ciclo vital de las personas, desde el mismo momento de la concepción y hasta la muerte, correlacionadas con el avance en la edad y la toma de decisiones acumuladas del individuo, para proteger su bienestar y salud individual, familiar y comunitaria. Combinadas, determinan la naturaleza paulatina de los cambios biopsicosociales, que permiten predecir el bienestar y la plenitud o las pérdidas y la enfermedad futura. Como proceso es continuo, irreversible, inherente a la naturaleza humana, multifacético y, en consecuencia, heterogéneo en sus manifestaciones de una persona a otra, en función de factores hereditarios, del comportamiento individual, las circunstancias sociales y las condiciones económicas, ambientales y políticas del entorno en que tiene lugar el desarrollo humano (Huenchuan: 2004 en Cepal 2004; Alvarado, Salazar: 2014)

Como derivación del proceso de envejecimiento, se entiende la vejez como la última etapa del ciclo vital, que comprende las últimas décadas de la vida de un individuo, con un punto final marcado por la muerte. La edad fisiológica de inicio corresponde a una construcción sociocultural, definida en la legislación colombiana a partir de los 60 años y, excepcionalmente, desde los 50 años para las comunidades indígenas y las personas con discapacidad (Ley 100/1993: artículo 257) o mayores a 55 años por sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico (Ley 1276: artículo 7). Son marcadores cronológicos que, en todo caso, no constituyen un indicador del momento exacto en que inician los cambios que acompañan la vejez (Edwards, Peggy: 2002) y sólo operan como fronteras para la comprensión, interpretación y abordaje de sus particularidades.

Su emergencia no es espontánea y está correlacionada con el avance del paso de los años, que configura las transformaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales del individuo y que, inexorablemente, se relacionan con la pérdida de las capacidades corporales y funcionales y con la gradual disminución de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza

(Arber y Ginn: 1995). Su severidad será relativa, en función de las decisiones y acciones que se hayan tomado paulatinamente durante el transcurso de la vida, es decir en el trayecto del envejecimiento y que, en buena medida están bajo el control de la persona, en términos de excesos o moderación y, en general, de sus patrones de crecimiento y nutrición (Papalia, Wendkos, Duskin: 2010). En coherencia será una etapa de pérdidas y/o de plenitud (Huenchuan: 2004; Huenchuan y Rodríguez-Piñero: 2010), con unos contornos antropológicos, sociológicos, etnoculturales y de género particulares, correlacionados con la forma en que los individuos construyen y perciben la vejez y el mismo proceso de envejecimiento (Aguirre y Scavino: 2018).

4.2 Determinantes del envejecimiento y la vejez

Desde estas premisas la Organización Mundial de la Salud avanzó en la construcción de los determinantes del envejecimiento y la vejez, como factores que condicionan o explican la calidad de vida en el proceso de envejecimiento de las personas, las familias y las sociedades (Rubio: 2015). Constituyen un esfuerzo para derribar los estereotipos y procesos discriminatorios, impuestos por cada sociedad “desde la cultura dominante, que invisibilizan los desequilibrios entre los distintos grupos de edad y determinan un ejercicio limitado de los derechos y la ciudadanía, bajo el prurito del déficit de capacidades y la edad. Es decir, contra las visiones reduccionista sobre la vejez y el envejecimiento, que desconocen la diversidad de los seres humanos a edades avanzadas, bajo un modelo generalizado según el cual las personas mayores son dependientes o representan una carga” (Huenchuan y Rodríguez-Piñero: 2010).

En total se identificaron ocho determinantes: dos transversales cultura y género; y seis relacionados con: los sistemas de salud y los servicios sociales, los factores personales, el entorno físico y social, los factores conductuales y los factores económicos, cuya intervención y reconocimiento se constituyen en una prioridad de la agenda política actual, en respuesta a la nueva composición de la población.

Los dos primeros –la cultura y el género– representan prácticas, valores, creencias, simbolismos, cosmovisiones y fundamentos ancestrales de identidad individual y colectiva frente al proceso de envejecimiento, desde una perspectiva comprensiva sobre la vida de hombres y mujeres en toda su diversidad, desde su nacimiento hasta la vejez. A su turno, los conductuales y los factores personales comprenden los hábitos y estilos de vida saludables, factores hereditarios y la capacidad de las personas para controlar de manera consciente sus vidas y vincularlas a decisiones y acciones para anticipar y planear su propia vejez (OMS, 2002).

Desde los determinantes relacionados con el entorno físico, social y económico, se definen procesos como la ubicación de la vivienda, la interacción social positiva, los entornos físicos amigables de movilidad y accesibilidad, las trayectorias de vida, la formación de aptitudes, habilidades y oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida, la protección social y el reconocimiento social en su entorno social y productivo. Y, finalmente, los determinantes relacionados con los sistemas de salud y los servicios sociales, que conllevan la integración de tres pilares básicos: seguridad de ingresos, atención integral en salud desde la perspectiva de curso de vida y la organización de los servicios de cuidado (OMS: 2002).

4.3 Envejecimiento activo y saludable

El envejecimiento activo y saludable, ofrece una visión más integral para advertir factores que, junto con la atención en salud, afectan para bien o para mal el modo en que envejecen los individuos y las poblaciones. Impone la urgencia de “planear” conscientemente el bienestar físico, mental y social, con acciones de promoción y prevención tempranas, para transformar los hábitos y estilos de vida y los factores de riesgos modificables en todas las etapas del transcurso de vida y disminuir la carga de enfermedad y la discapacidad evitables.

La OMS lo define como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Permite recabar en su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, para garantizar su participación en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas y no sólo a la capacidad de estar físicamente activo o participar en la mano de obra. En consecuencia, busca ampliar la esperanza de vida en condiciones saludables para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, con discapacidad o que necesitan asistencia, mejorando su funcionalidad física, cognitiva y social y, por ende, sus posibilidades de envejecer mejor y asegurar que la vejez sea una etapa productiva y con calidad de vida, más que una etapa de declive o de pérdida progresiva e irreversible de las capacidades (OMS: 2002).

Bajo esta concepción, se han identificado diversas formas de intervenir para fomentar el envejecimiento saludable, entre ellas la denominada “economía plateada”. Se considera como un desarrollo paralelo o vinculado al cambio demográfico, cuyo enfoque se centra en las necesidades y demandas de los adultos mayores, pero vistas como oportunidades de desarrollo económico, con la generación de nuevos emprendimientos y oportunidades laborales, así como una mayor contribución económica de las personas mayores, considerando las mejoras en las condiciones de salud que permiten una longevidad más productiva. Incluye no sólo el desarrollo de los servicios y productos, sino que engloban las actividades proactivas realizadas por las personas mayores (BID: 2020).

La construcción del envejecimiento activo y saludable, genera otro efecto virtuoso, pues está destinado a generar mayores estándares de vida. “Las políticas y los programas del envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional. Las personas y las familias necesitan planificar su vejez y prepararse para ella, y llevar a cabo esfuerzos personales para adoptar prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida. Al mismo tiempo, se requieren entornos favorables que hagan que las decisiones saludables sean decisiones fáciles” (OMS: 2002).

Las estrategias se fundamentan en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la vigilancia en salud pública sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y la prevención de enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles, así como sobre los factores protectores para conservar la independencia y la autonomía para sumar años de vida saludable a la vejez, reducir las tasas de multimorbilidad y su impacto sobre el sistema sanitario. Con una connotación adicional, comprende el compromiso por

renovar la atención primaria de salud (APS) y fortalecer el primer nivel de atención en salud, para mantener una acción continua de prevención y promoción de las comorbilidades, las enfermedades transmisibles y de salud mental (Conferencia Mundial sobre Atención Primaria en salud de Astaná, Kazajistán: 2018).

5. Diagnóstico sobre el envejecimiento y las condiciones de las personas mayores en Colombia

Durante el último lustro la población colombiana ha envejecido a un ritmo acelerado en comparación con las estructuras demográficas presentes a comienzos y mediados del siglo XX. Esta situación, derivada de aspectos biológicos y transiciones vitales, ha incidido de manera directa en el bienestar de la población colombiana y establece una serie de retos que deben abordarse de manera integral.

En términos socioeconómicos, las personas mayores hacen parte de la población vulnerable del país, debido a los bajos niveles de educación, a su precariedad de ingresos y a las barreras para el acceso efectivo a bienes públicos y a un entorno físico y social seguros. A partir de estas restricciones, enfrentan limitaciones para su inclusión en el mercado laboral y, por ende, para acceder al beneficio de la pensión. En consecuencia, su capacidad de consumo es menor, no cuentan con garantías suficientes para el acceso a una vivienda y presentan mayores riesgos relacionados con la tenencia de esta. De manera análoga, la prevalencia del cuidado informal, así como el aumento persistente de la violencia y el maltrato, incrementan su fragilidad.

Con respecto a las condiciones de salud, pese a contar con una mayor esperanza de vida -cercana a los 80 años-, la prevalencia de enfermedades crónicas se ha acentuado en los últimos años, trayendo consigo un aumento considerable en la atención y demanda de servicios de salud (BID: 2019). Actualmente, la prevalencia de enfermedades crónicas es superior al 40% siendo los síntomas depresivos y afectaciones en los órganos sensoriales, en particular la visión, los de mayor afectación (SABE: 2016). Con respecto a las atenciones en salud, se encuentra que durante la última década las consultas se han concentrado en el segmento de enfermedades no transmisibles, las cuales representan el 76.1% de las consultas, con un aumento importante en los servicios de urgencias y hospitalizaciones derivado, principalmente, de la coyuntura actual por la pandemia del COVID-19. Una situación que explica también el incremento del 25% de las defunciones reportadas en 2020 respecto al año anterior, en conjunto con enfermedades asociadas con el sistema circulatorio y enfermedades transmisibles como las de mayor letalidad.

Así, los bajos niveles socioeconómicos al igual que unas condiciones de salud cada vez más crónicas, inciden de manera directa en la conducta y hábitos de vida de las personas mayores. Cerca del 50% considera que su salud es buena (autopercepción) y sólo el 20% refiere participar con cierta frecuencia en actividades deportivas, lúdicas y recreativas.

5.1 Aspectos demográficos de las personas mayores y del envejecimiento

De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane) Colombia pasó de 15 millones de habitantes en 1960 a 39 millones en 2001 y a 51 millones en 2021, una variación del 29%. En las últimas dos décadas se han sumado 11.5 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento promedio anual de 1,3%. Se estima que el 76.2% de la población nacional se alberga en el área urbana, en tanto que el 23,8% habita en los centros poblados y en el área rural dispersa. Por sexo el 48.8% de los colombianos es



hombre y el 51.2% mujer. De acuerdo con las proyecciones, se espera un aumento de 5 millones de habitantes más a 2031 y que la curva de crecimiento poblacional se aplane a partir de 2050-2051, cuando se alcanzarían los 62 millones de habitantes.

En el desagregado por ciclo de vida, las personas mayores de 60 años sumaban 2.3 millones en 1990 y 3.2 millones al inicio del siglo, el 8.1% de la población para entonces. En 2021 representan el 13.92% de la población nacional. Es el segundo grupo –después de los adultos– que más habitantes concentra y su tamaño está por encima de los cuatro ciclos de vida restantes. En términos absolutos son 7.107.914 de personas, de las cuales el 77% se ubica en las cabeceras municipales, el equivalente a 5.491.964, mientras que el restante 22,7% –1.615.950 personas– se alberga en el sector rural, con una particularidad: en las ciudades ellas son más de la mitad (57%), mientras que en el rural disperso son ellos la mayoría (52%) (Ver cuadro 1).

Cuadro No. 1. Población nacional por ciclos de vida y área geográfica*. 2021

Ciclo de vida	Hombres		Total	Mujeres		Total	Total Nacional	Participación
	Cabecera Municipal	Centros Poblados		Cabecera Municipal	Centros Poblados			
Primera Infancia (0-5 años)	1.700	709	2.409	1.632	674	2.306	4.715	9,2%
Infancia (6 - 11 años)	1.722	703	2.425	1.661	661	2.322	4.747	9,3%
Adolescencia (12 - 18 años)	2.083	798	2.881	2.040	735	2.774	5.655	11,1%
Juventud (19 - 26 años)	2.642	825	3.468	2.670	753	3.423	6.891	13,5%
Adultez (27- 59 años)	8.122	2.417	10.540	9.134	2.259	11.393	21.933	43,0%
Persona Mayor (60 años o mas)	2.344	846	3.190	3.148	770	3.918	7.108	13,9%
Total	18.613	6.299	24.912	20.285	5.852	26.137	51.049	100,0%

*Cifras en miles

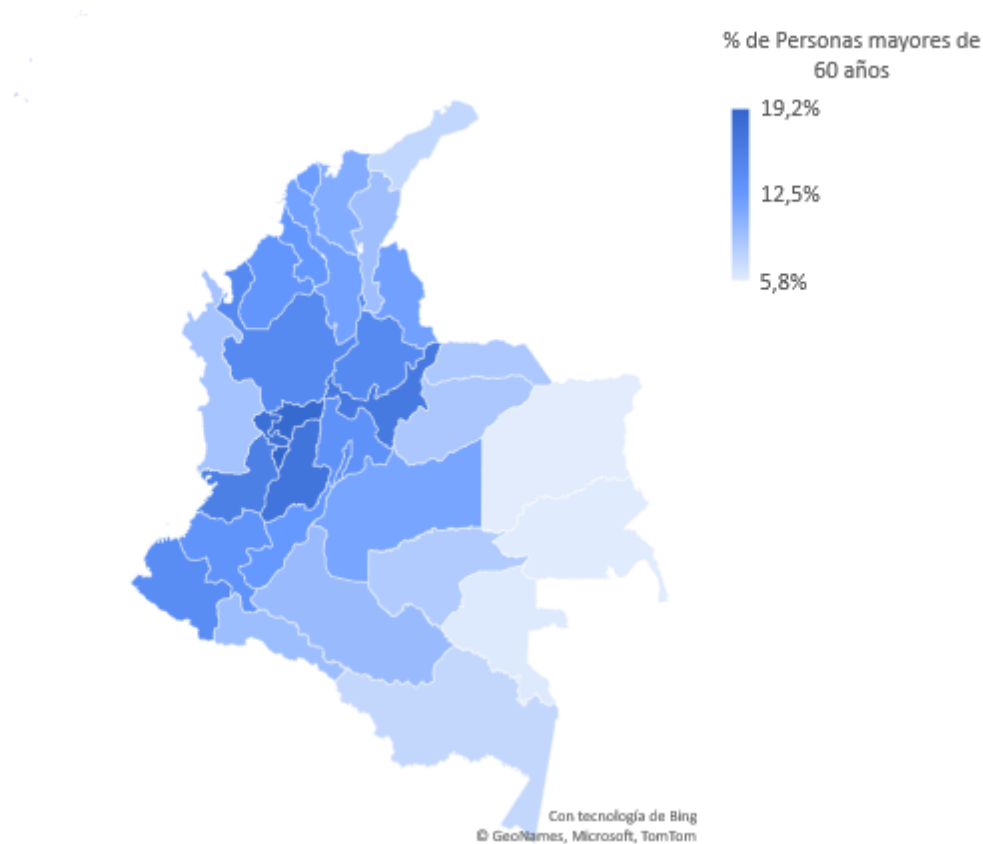
Fuente: Cálculos Ministerio de Salud, Oficina de Promoción Social, con base en DANE.

Por sexo las personas mayores de 60 años se distribuyen en 2021 entre 44,8% de hombres y 55,1% mujeres. Desde 1985 ellas son más de la mitad de la población mayor de 60 años, una sobrerrepresentación que se conoce como “feminización del envejecimiento”, asociada a la mayor longevidad que se presenta entre las mujeres. De hecho, el peso de las mujeres mayores de 60 años en el total de la población femenina del país pasó de 8% en 2000 a 15% en 2021, frente a la proporción para el caso de los hombres de 7.9% a 12.5% en el mismo período. Más aún, en el país existen 237.155 nonagenarios y centenarios, 60% de los cuales es mujer.

La composición por departamentos no es homogénea. Se perciben menores tasas de población adulta entre los departamentos de formación reciente y en los que, además, se presentan mayores Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas. Así el 60% de la población adulta mayor del país se concentra en Bogotá (16% del total nacional) y en 6 departamentos: Antioquia (14,3%), Valle del Cauca (10,5%), Cundinamarca (6,5%), Atlántico (5%), Santander (5%) y Bolívar (4%). No obstante, considerando la densidad poblacional por departamento, se posicionan por encima del promedio nacional 11 departamentos. De ellos 7 registran entre un 15% y un 20% de su población en vejez: Quindío, Caldas, Risaralda, Tolima, Boyacá, Valle del Cauca y Antioquia (Ver gráfico 1).



Gráfico 1. Participación % de la población mayor por departamento. 2020



Fuente: Cálculos Ministerio de Salud, Oficina de Promoción Social, con base en DANE, Proyecciones y retroproyecciones de población nacional para el periodo 1950-2017 y 2018-2070 con base en el CNPV 2018

5.1.1 Envejecimiento de la población

Desde este panorama, no sólo es posible advertir los cambios en el tamaño, la composición y la distribución de la población nacional, con un creciente peso de las personas mayores de 60 años sino, además, su proceso de envejecimiento. Entre 2011 y 2021 las personas mayores doblaron su participación en el total nacional con un crecimiento de 51,5%. En comparación con los otros ciclos de vida, la variación estuvo 47.2 puntos porcentuales por encima de la primera infancia, 39.5 frente a la juventud y 31.7 puntos más que los adultos. Con un atenuante, en este último decenio la infancia y la adolescencia decrecieron (-2.6 y -4.2, respectivamente). Dentro de una década, es decir en 2031 serán casi 3 millones de personas mayores más, para un total de 10.012.815, una variación de 41% frente a 2021 (Ver cuadro 2).

Cuadro No. 2. Variación porcentual de la población nacional por ciclos de vida y área geográfica. 2021-2011

Ciclo de vida	HOMBRES			MUJERES			Total Nacional
	Cabecera Municipal	Centros Poblados	Total	Cabecera Municipal	Centros Poblados	Total	
Primera Infancia (0-5 años)	3,7%	-1,9%	2,0%	3,8%	-1,1%	2,3%	4,3%
Infancia (6 - 11 años)	-2,4%	-3,4%	-2,7%	-2,7%	-2,2%	-2,6%	-2,7%
Adolescencia (12 - 18 años)	-4,9%	-1,3%	-3,9%	-5,6%	-1,6%	-4,6%	-4,2%
Juventud (19 - 26 años)	13,3%	11,0%	12,7%	11,6%	10,0%	11,2%	12,0%
Adultez (27- 59 años)	23,8%	12,1%	20,9%	20,4%	12,4%	18,8%	19,8%
Persona Mayor (60 años o mas)	53,1%	30,1%	46,2%	60,7%	39,5%	56,1%	51,5%
Total	16,2%	8,4%	14,1%	16,7%	9,4%	15,0%	14,6%

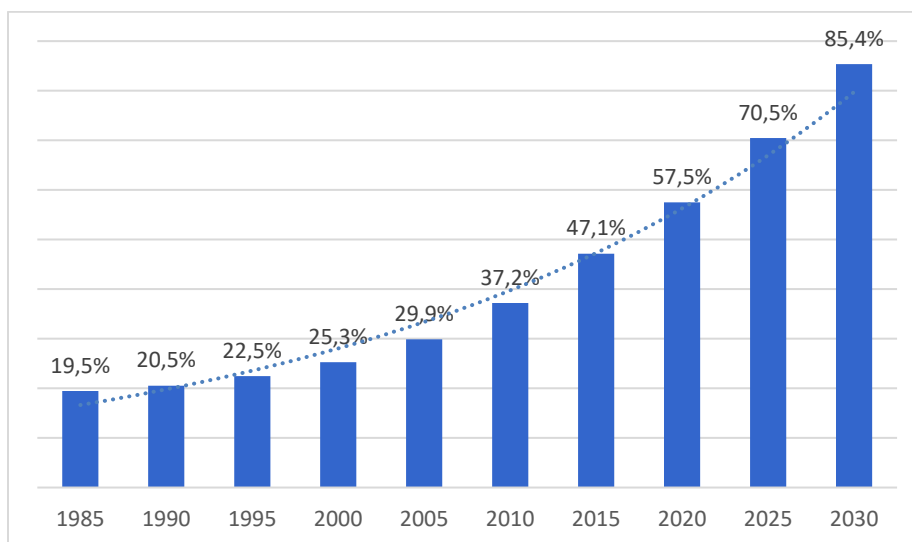
Fuente: Cálculos Ministerio de Salud, Oficina de Promoción Social con base en DANE.

En 2031 tanto la primera infancia como la infancia no pasarán del 8% de la población proyectada para 2031, la adolescencia será el 10%, la juventud el 11%, los adultos representarán el 47,6% y las personas mayores el 18%. Sumados estos dos últimos ciclos de vida concentrarán el 62.5% de la población para esa vigencia. Así, por cada 10 niños, niñas y adolescentes habrá 27 adultos y 6,67 personas mayores. De mantenerse la tendencia, en 2050 Colombia tendrá 15.2 millones de personas mayores, 25% de la población proyectada para ese año.

La emergencia de una sociedad cada vez más longeva se puede advertir en la dinámica regresiva de las pirámides poblacionales por grupos etarios. Se refleja, paulatinamente, el incremento de la población de 30 años y más, pero, también, la tendencia creciente de las personas mayores. Mientras que la población en general aumentó a un ritmo de 1.3% promedio anual entre 2001 y 2021, la población mayor de 60 años se incrementó a una tasa promedio anual de 3.93% en el mismo período. En el próximo decenio (2021-2031) aumentará 3.6% en promedio anual, en tanto la población general lo hará al 1.0%. Ver anexo 2 con la información desagregada de las pirámides poblacionales para los quinquenios 1985-2030.

El índice de envejecimiento resume el comportamiento demográfico en Colombia a lo largo de los últimos 40 años. Se advierte además un mayor ritmo de crecimiento durante los últimos 20 años. A partir del año 2000 se observa un acelerado crecimiento de la población mayor respecto a los niños, niñas y adolescentes, situación que se prevé se acentuará en los próximos 10 años (ver gráfica 2). De igual forma, el número de personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años se triplicó entre 1985 y 2020, pasando de 19 a 60. De mantenerse la tendencia en el año 2030, en Colombia habrá aproximadamente 8 personas mayores por cada diez niños, niñas y adolescentes.

Gráfico No 2. Índice de envejecimiento. Colombia 1985-2030



Quindío, Caldas, y Risaralda, registran los mayores índices de envejecimiento en los que la población de población mayor es practicante equiparable a la población menor de 15 años; para el caso de Nariño, Santander, Antioquia, Valle del Cauca, Boyacá, Bogotá y Tolima, el índice de envejecimiento es superior al total nacional. De otra parte, los departamentos de Chocó, Guaviare, La Guajira, Amazonas, Vichada, Guainía y Vaupés con una menor participación de la población mayor presentan los menores índices de envejecimiento, por debajo del 30%.

En términos generales el incremento de la población mayor de 60 años, se ha producido a expensas del comportamiento de las principales variables epidemiológicas de morbilidad y fertilidad, entre otras, que han menguado el número de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Pero, por otro lado, la transición demográfica también se explica por los logros socioeconómicos jalonados desde el ámbito internacional. Su efecto en el contexto nacional ha redundado en una mejor calidad de vida y, con ella, un aumento importante en el número de personas que llegan al pleno de su edad reproductiva y productiva y logra sobrevivir más allá de los 60 años, con tasas de longevidad cada vez más altas, medidas en términos de la esperanza de vida al nacer. El salto en la esperanza de vida al nacer ha sido de 9 años desde el lustro 1985-1990 cuando era de 68,0 años, frente a los 76,8 que se estiman en 2021. Comparativamente entre los dos sexos, los cálculos son más elevados para la población femenina. En este segmento se calcula en 80 el número de años a 2021 frente a 73,6 para los hombres, condición que reafirma la mayor longevidad femenina. Dentro de una década, en 2031, la esperanza de vida al nacer se mantendrá estable en estos guarismos y sólo hasta 2061 podría pasar la frontera de los 80 años para la población en general (Ver cuadro 3).

Cuadro No. 3. Esperanza de vida al nacer de personas mayores según sexo

Año	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Hombres	73,7	73,8	73,9	74,0	74,1	74,2	74,3	74,4	74,5	74,6	74,7
Mujeres	80,0	80,1	80,2	80,3	80,4	80,5	80,5	80,6	80,7	80,8	80,8
Total	76,8	76,9	77,0	77,1	77,2	77,3	77,4	77,4	77,5	77,6	77,7

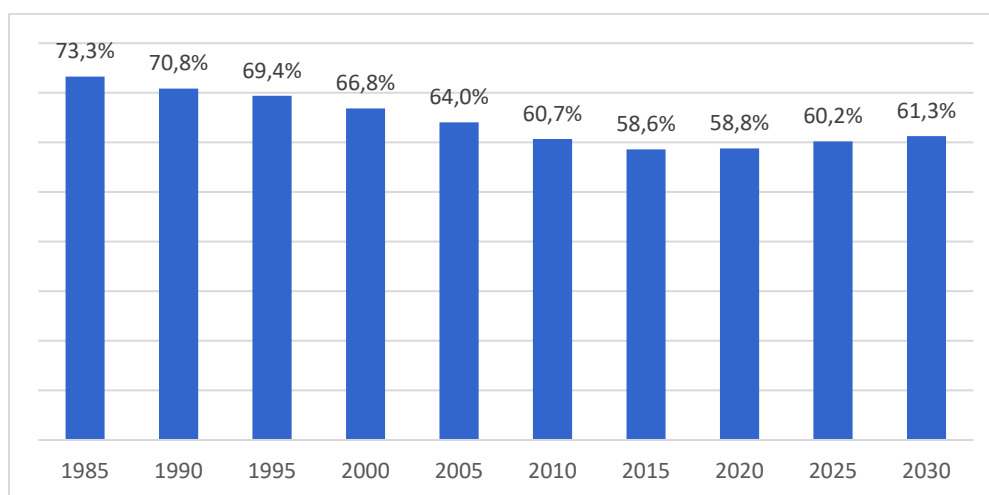
Fuente: Cálculos Ministerio de Salud, Oficina de Promoción Social con base en DANE.

5.1.2 Aumento de la relación de dependencia demográfica

El crecimiento paulatino de la población adulta mayor ha traído consigo una mayor dependencia demográfica¹¹. En 1985 la tasa de dependencia era del 73% (73 personas dependientes por cada 100 económicamente activas). Sin embargo, durante los siguientes 30 años este índice se redujo en más de 10 puntos porcentuales, ubicándose en 2015 en el 58%. Así mismo, a partir de 2015 se ha invertido la tendencia y se observa un incremento leve durante los últimos 5 años (Ver gráfico 3).

De acuerdo con las proyecciones del CNPV, para 2020 alrededor de 60 personas eran dependientes por cada 100 personas económicamente activas. De continuar con la tendencia actual, para 2050 la población económicamente dependiente será del 70% y para 2070 este indicador será de 77%. Con respecto a la población económicamente activa, se evidencia que 12 de cada 100 personas mayores eran dependientes en 1985, una proporción que pasó a 21 por cada 100 para 2020 y se estima que en 2058 será de 28 por cada 100. Es decir, que la contribución de la población mayor a la población económicamente dependiente será superior al 50% (Ver gráfico 4).

Gráfico No 3. Tasa de Dependencia. Colombia 1985-2030

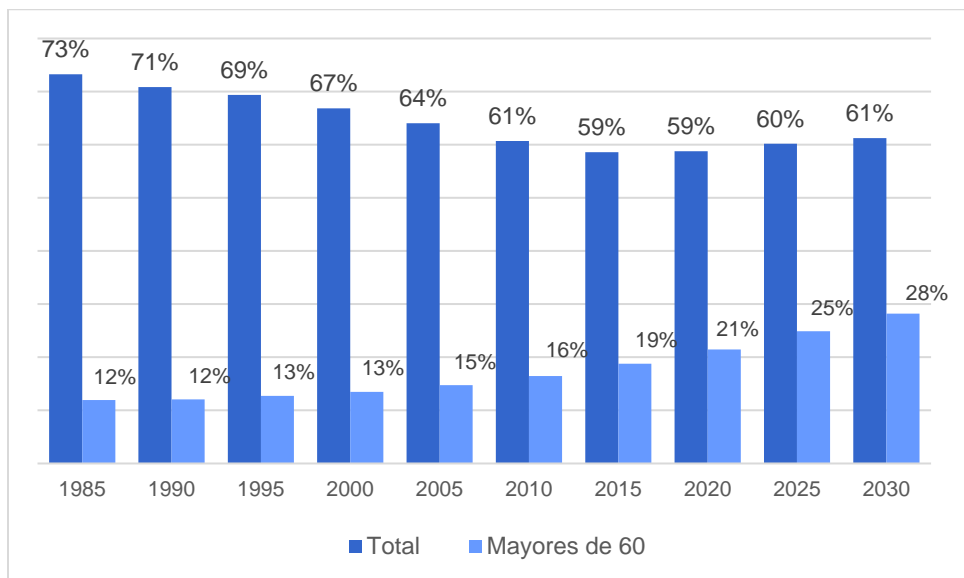


Fuente: Cálculos Ministerio de Salud, Oficina de Promoción Social, con base en DANE,

¹¹ El indicador de dependencia demográfica se calcula como la razón entre las personas dependientes menores de 14 años y mayores de 60 respecto al total de personas económicamente activas mayor de 14 años.

Proyecciones y retroproyecciones de población nacional para el periodo 1950-2017 y 2018-2070 con base en el CNPV 2018

Gráfico No. 4. Contribución de la población mayor a relación de dependencia demográfica. Colombia 1985-2030



Fuente: Cálculos Ministerio de Salud, Oficina de Promoción Social, con base en DANE, Proyecciones y retroproyecciones de población nacional para el periodo 1950-2017 y 2018-2070 con base en el CNPV 2018

5.2 Situación socioeconómica de las personas mayores

La vulnerabilidad económica de las personas mayores, asociada a los bajos ingresos, la carencia de una pensión o de ahorros suficientes, han derivado en un alto grado de dependencia económica en este segmento poblacional, condición que se evidencia en la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud [en adelante SGSSS] mayoritariamente en el régimen subsidiado o como beneficiario de una persona cotizante del régimen contributivo. En el mismo sentido, al llegar a este punto del ciclo de vida sin ingresos estables y con un bajo nivel educativo, las personas mayores se ven empujadas a vincularse al mercado laboral informal o al trabajo por cuenta propia, situación acentuada por la pandemia del Covid-19, que exacerbó la inestabilidad de los ingresos.

En el caso de las mujeres, las condiciones de vulnerabilidad se acentúan. A pesar de contar con mejores niveles de educación básica y media con respecto a los hombres, en la educación superior las cifras decaen, lo cual contribuye a explicar su menor participación en el mercado, su permanencia en ocupaciones centradas en el cuidado del hogar, remuneración inestable y baja posibilidad de cotizar a un fondo de pensiones o propiciar el ahorro para el goce en la vejez.

5.2.1 Bajo nivel educativo entre las personas mayores

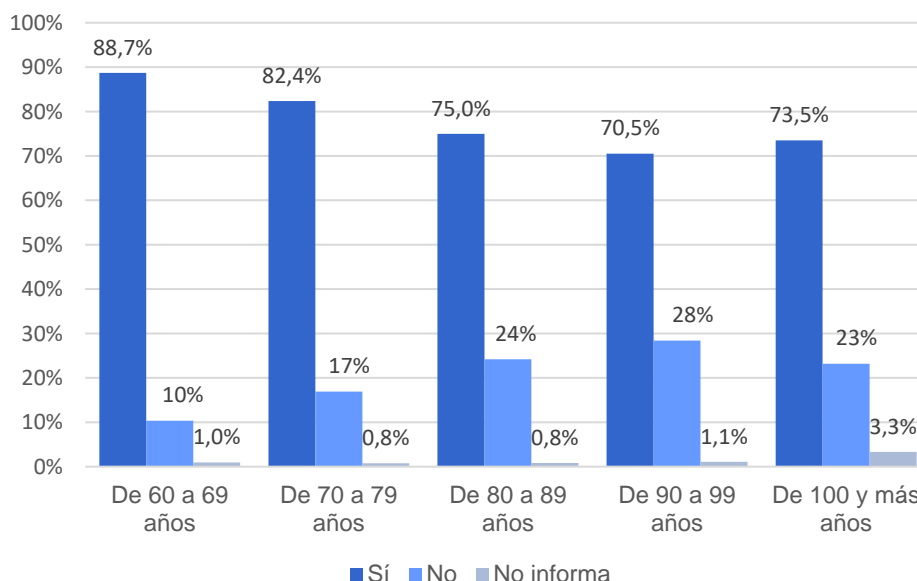
El nivel educativo ha sido asociado a comportamientos más saludables, mayor uso de tecnologías en salud y menores tasas de mortalidad. Un análisis de Fedesarrollo y la Fundación Saldarriaga Concha (2015) evidencia que un aumento de 10% en los años de

educación en la población, está correlacionado con la disminución de la probabilidad de presentar complicaciones crónicas entre 1 y 2 puntos porcentuales y, en particular, en las personas mayores el efecto es de hasta 4 puntos porcentuales adicionales.

De acuerdo con el CNPV el 14,5% de las personas mayores en Colombia no sabe leer ni escribir, esto es 851.703 adultos mayores en 2018. En particular, las cohortes de edad que presentan las tasas de analfabetismo más altas son: de 90 a 99 años con una tasa equivalente a 28,4 %; de 80 a 89 años con el 24,2% y de 100 años o más con el 23,2% (Ver gráfico 5). Por su parte, las tasas más bajas corresponden a los grupos de edad de 70 a 79 años con el 16,9% y de 60 a 69 años con el 10,3%. Aunque la tasa de analfabetismo es alta, la tendencia descendente por grupos de edad evidencia que las personas de menos de 80 años cuentan con mejores niveles de educación con respecto a otras personas de edad más avanzada. Lo anterior es un indicio de los avances que se han logrado en las últimas décadas, con respecto a la cobertura de educación en todo el territorio nacional.

Al analizar las tasas de analfabetismo diferenciadas por sexo, no se evidencia una brecha entre hombres y mujeres, ambos presentan una tasa de analfabetismo similar, equivalente a un 14% aproximadamente. Así mismo, al comparar los datos de los dos últimos censos, se observa una mejora en 2018 con respecto a 2005, dada una disminución de 10 puntos porcentuales de la tasa de analfabetismo de la población mayor (Ver cuadro 4).

Gráfico No. 5. Población mayor que sabe leer y escribir, diferenciada por grupos de edad



Fuente: DANE, CNPV 2018.

Cuadro No. 4. Población mayor que no sabe leer ni escribir, diferenciada por sexo

Sexo	Sabe leer y escribir	2005	(%)	2018	(%)
Hombre	Sí	1.251.687	73,1%	2.230.820	84,6%



	No	407.582	23,8%	382.339	14,5%
	No informa	52.476	3,1%	23.189	0,9%
	Total	1.711.745	100,0%	2.636.348	100,0%
Mujer	Sí	1.451.101	72,2%	2.726.343	84,5%
	No	507.277	25,2%	469.364	14,6%
	No informa	51.820	2,6%	28.925	0,9%
	Total	2.010.198	100,0%	3.224.632	100,0%
Total	Sí	2.702.788	72,6%	4.957.163	84,6%
	No	914.859	24,6%	851.703	14,5%
	No informa	104.296	2,8%	52.114	0,9%
	Total	3.721.943	100,0%	5.860.980	100,0%

Fuente: DANE, CNPV 2005 - 2018.

Con respecto al nivel educativo de la población mayor se encuentra que el 14,2% no recibió educación formal mientras que el 84,5% accedió a la misma. Al agrupar los niveles de educación en preescolar, básica, media y superior se evidencia que el 59,3% de las personas mayores tuvo acceso a educación básica, el 13,5% a educación superior y el 11,6% a educación media. Así mismo, el nivel educativo más alto alcanzado por esta población es básica primaria con el 49,3%, seguido por media académica o clásica con el 10,7%, básica secundaria con el 10% y universitario con una proporción equivalente a 6,5%. Por sexo se encuentra que las mujeres predominan en la educación básica y media, pero la diferencia se invierte en la educación superior, donde los hombres representan una proporción más alta en el nivel universitario.

Según esta información los grupos decenales de edad más avanzada acumulan más desigualdades en educación, debido a que presentan tasas de analfabetismo más altas y niveles de educación formal más bajos (MSPS, 2015). No obstante, la tendencia de los últimos años evidencia un aumento significativo de personas mayores que saben leer y escribir y que acceden a la educación formal en niveles educativos altos, lo cual supone una reducción a largo plazo en la brecha de edad dentro de este grupo poblacional.

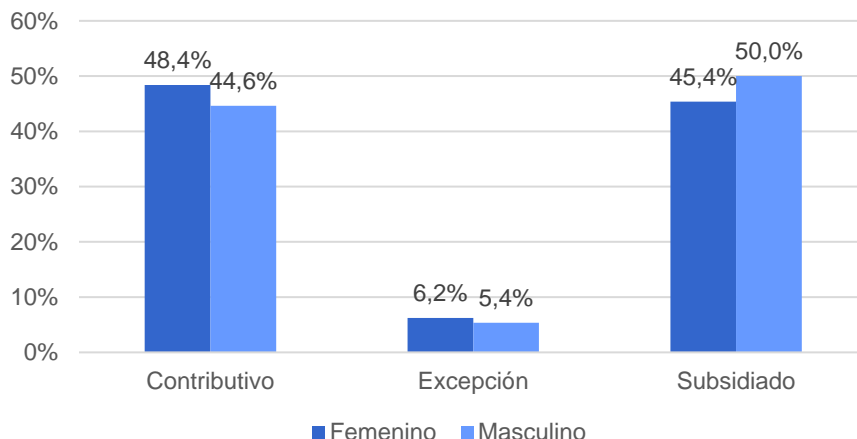
5.2.2 Dependencia en el aseguramiento en salud

La cobertura de aseguramiento en el SGSSS para las personas mayores alcanzó el 100% en el cierre de la vigencia 2020 (Ver gráfico 6). De acuerdo con el régimen de aseguramiento, se encuentra que el 47,5% de la población se encuentra en el régimen subsidiado, mientras que el 46,7% está en el régimen contributivo y el 5,8 % en el régimen especial. Analizando el régimen de aseguramiento por sexo se encuentra que la mayoría de las mujeres se encuentra en el régimen contributivo (48,4%), mientras que la mayoría de los hombres se encuentran en el régimen subsidiado (50%).

Así mismo, por tipo de afiliado se encuentra que en el régimen contributivo el 61,1% de mujeres es cotizante, mientras que el 38,6% es beneficiario y el 0,2% como adicional. En el caso de los hombres, se observa que el 78,0% se encuentra como cotizante, el 38,6% es beneficiario y el 0,1% adicional. En este caso se hace evidente la diferencia entre las mujeres y hombres cotizantes en el régimen contributivo y de la misma forma la gran diferencia entre quienes aparecen como beneficiarios, condición relacionada con una mayor vida laboral en el caso los hombres y la brecha en el acceso a una pensión temas que serán

ampliados en el capítulo correspondiente a ingresos y empleo.

Gráfico No. 6. Distribución de hombres y mujeres afiliados al SGSSS según régimen de afiliación



Fuente: MSPS – SISPRO, Cubo de información Estadísticas afiliados a salud, Fecha de corte diciembre 2020

5.2.3 Restricciones en la participación laboral y el acceso a pensiones

Las pensiones, el ahorro y la participación en el mercado laboral, constituyen los tres mecanismos existentes para la generación de ingresos en la vejez. En consecuencia, la protección económica de las personas mayores está determinada por dichos mecanismos. Al no contar con una pensión como mecanismo de protección, las personas mayores deben permanecer en el mercado laboral pese a haber cumplido la edad de jubilación. Incluso, aquellas que han logrado acceder a una pensión o que han acumulado un patrimonio también se ven obligadas a trabajar debido a que sus ingresos pueden resultar insuficientes (Villar, Flórez, Valencia-López, Alzate Meza & Forero, 2016).

Para el trimestre octubre-diciembre de 2020, se estimaba que el 27% del total de personas mayores estaba ocupada en alguna actividad, mientras que el 2,6% se encontraba desocupada y el 70% correspondía a población inactiva. Por departamentos, en Cundinamarca (4,3%), Cesar (4,1 %) y Antioquia (4,0 %) se observa la mayor cantidad de personas mayores buscando trabajo. Por su parte en Tolima, Quindío, Córdoba, Sucre y Cauca el porcentaje de desocupación de personas mayores es muy similar al total nacional: entre el 25% y el 29%. Los mayores niveles de población ocupada se observan en la región Caribe. En Bolívar, Atlántico, Santander y Magdalena el porcentaje de personas mayores ocupadas es superior al 30%. De esta manera, para finales de 2020 la población mayor de 60 años representaba aproximadamente el 10% de la población ocupada a nivel nacional, de esta el 3,9% era mujer y el 6,3% hombre. Pese a que no se observa un cambio significativo en el nivel de ocupación de esta población entre 2019 y 2020, en el caso de las mujeres personas mayores se evidencia una leve disminución, manteniendo así la tendencia de periodos anteriores. Según datos publicados por el Dane (2021) en el trimestre inmediatamente anterior (agosto-octubre) hubo una disminución de 185 mil personas mayores ocupadas con respecto a 2019, de las cuales el 69% era mujer.

La pérdida del empleo ocurrida entre el 2019 y el 2020, como consecuencia de la pandemia,

advierte una situación de mayor dependencia económica y vulnerabilidad a la cual se enfrentan las personas mayores. Según posición ocupacional, el porcentaje de personas mayores que se encontraban ocupadas como obreras o empleadas de una empresa se redujo del 44 % al 13 % en apenas un año. En contraste, para el mismo periodo, se presentó un incremento entre las personas mayores dedicadas a un trabajo por cuenta propia y el empleo doméstico se redujo en 2 puntos porcentuales afectando principalmente a las mujeres (ver cuadro 5).

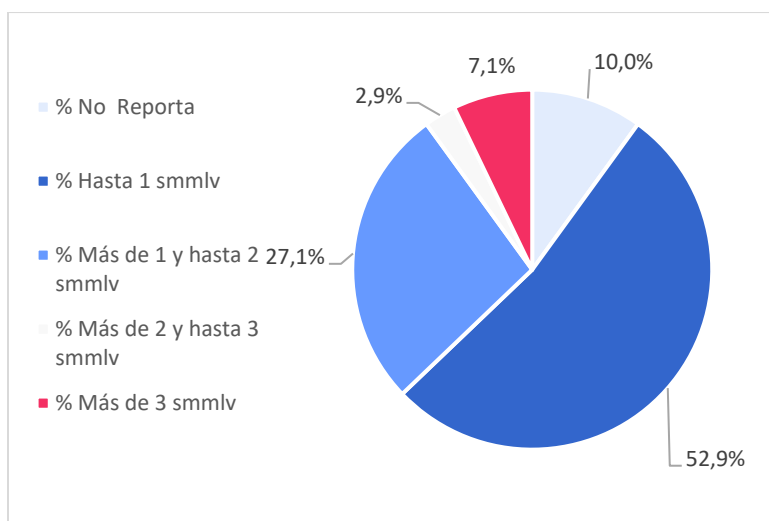
Cuadro No. 5. Personas mayores de 60 años según posición ocupacional

Posición ocupacional	2019 Trim IV	2020 Trim IV
Trabajador por cuenta propia	34,8%	66,0%
Obrero o empleado de empresa particular	44,5%	13,6%
Obrero o empleado del gobierno	5,0%	6,8%
Patrón o empleador	2,2%	5,0%
Empleado doméstico	6,1%	3,9%
Trabajador familiar sin remuneración	2,3%	2,9%
Jornalero o peón	5,1%	1,6%
Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares	0,0%	0,2%
Otro	0,0%	0,0%
Total ocupados	100,0%	100,0%

Fuente: DANE, GEIH 2019-2020

El bajo nivel de los ingresos percibidos por la población mayor reduce las posibilidades de ahorro. Según el Dane (2020), el 66 % de las personas mayores ocupadas devenga hasta un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV o menos, mientras que el 18% gana entre 1 y 2 SMMLV, el 4,9 % devenga entre 2 y 3 SMMLV, y sólo un 7 % de la población ocupada indicó que sus ingresos son superiores a 3 SMMLV (ver gráfico 7).

Gráfico No. 7. Población mayor de 60 años ocupada, según rango de ingresos. Total Nacional



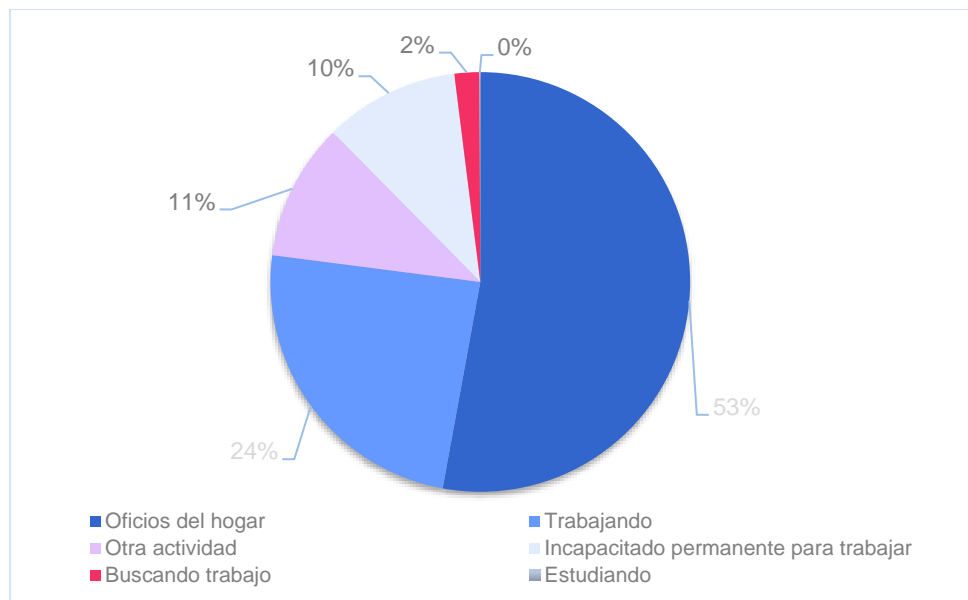
Fuente: DANE, GEIH 2020

Para el trimestre octubre- diciembre de 2020 aumentó el número de personas mayores que buscaban empleo alcanzando el 5,5 % del total nacional, es decir medio punto porcentual más que el año anterior. En su mayoría hombres (70%) busca trabajo principalmente como obreros o empleados en una empresa (48%) o iniciar un trabajo por cuenta propia (39%). El 10% de las mujeres mayores buscó emplearse en un trabajo doméstico. Tan sólo el 1% manifestó haber recibido un subsidio de desempleo.

El 31% de la población inactiva en Colombia corresponde a personas mayores, de las cuales aproximadamente un 20% es mujer. Las razones principales por las cuales estas personas han dejado de buscar trabajo son: por la edad (20%), por jubilación o retiro (20%), por enfermedad (19%) y por asumir responsabilidades familiares (15%). Las razones relacionadas con la edad y las responsabilidades familiares fueron las principales causas en el caso de las mujeres.

En lo referente a las actividades que ocupan la mayor parte del tiempo de las personas mayores, de acuerdo con los resultados de Encuesta de Consumo Cultural -ECC de 2020 presentados en la gráfica 8, el 52,9% dedica la mayor parte del tiempo a oficios del hogar; el 24,2% al trabajo; el 10,6% a otras actividades; el 10,4% tiene discapacidad permanente y no puede trabajar; y el 2% se concentra en el estudio o está buscando trabajo. Cabe precisar que los datos de la encuesta corresponden a hogares e individuos ubicados en cabeceras municipales y no reflejan el comportamiento de las personas mayores ubicadas en áreas rurales.

Gráfico No 8. Actividades que ocuparon a la población mayor en la última semana– Cabeceras municipales



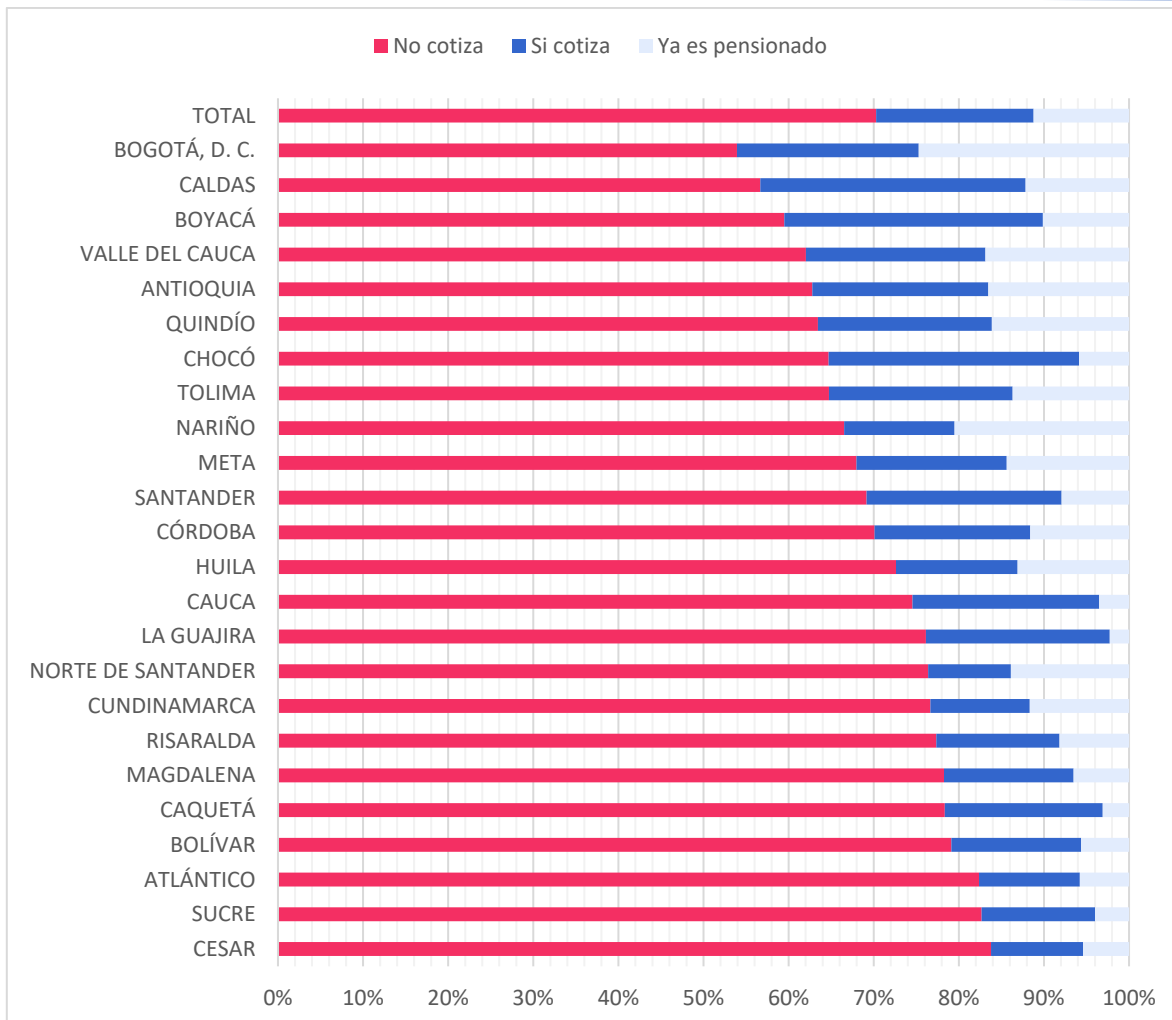
Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005.

Fuente: DANE, ECC 2020.

En lo referente a pensiones, de acuerdo con la información proveniente de la Gran Encuesta Integrada de Hogares [en adelante GEIH] para 2020, aproximadamente el 70% del total de las personas mayores no cotizaba a un fondo de pensiones y apenas el 23% manifestó estar pensionada. Actualmente sólo el 18% de las personas mayores que se encuentran trabajando están cotizando a un fondo de pensiones, y pese al leve incremento que se observa con respecto a 2019, la cotización a los fondos sigue siendo muy baja, dejando entrever que la situación de dependencia y pobreza de las personas mayores probablemente se acentuará en los próximos 10 años. A ello se suma el hecho de que ni el nivel de ingresos ni el patrimonio (el tener vivienda propia) resultan mecanismos suficientes para la protección económica de este grupo poblacional.

A nivel territorial, en departamentos como Atlántico, Sucre y César se observan las menores tasas de cotización a un fondo de pensiones; para estos territorios apenas entre el 10% y el 13% de la población mayor cotiza. En estos territorios más del 80% de las personas mayores ocupadas no cotiza a pensiones. Destaca Risaralda, que además de tener una tasa de cotización inferior al total nacional (14,5%) es uno de los departamentos con los índices de envejecimiento más altos del país (90%).

Gráfico No 9. Población mayor de 60 años ocupada, que cotiza a un fondo de pensiones según departamento. 2020 (octubre - diciembre)



Fuente: DANE, GEIH 2020

Entendiendo las limitaciones de las personas mayores para acceder a una pensión, se desarrolló el Sistema Social Complementario de Beneficios Periódicos – BEPS, al cual pueden acceder quienes llegan a la edad de jubilación sin haber cumplido los requisitos necesarios para acceder a una pensión. Mediante este mecanismo las personas mayores pueden acceder al ahorro periódico o esporádico que hayan hecho en el transcurso de su vida y que se complementa con un subsidio estatal que se calcula anualmente y corresponde al 20% del aporte. Sin embargo, como se identificó en los resultados publicados por la Misión de Empleo, la mesada promedio entregada en el programa BEPS para 2019 fue de \$103.000 (12% del Salario mínimo mensual legal vigente [en adelante SMMLV]) y contaba con cerca de 578.000 personas ahorrando bajo este esquema y cerca de 833.000 inscritas sin haber sido activados como ahorradores, por lo que se concluye que la mesada y su cobertura son muy bajas. Enfatiza la Misión de Empleo que, si bien el BEPS es un intento bien intencionado por extender la cobertura a los más pobres, es una solución incorrecta pues genera un sistema de seguridad social alternativo para más de la mitad de la población, que se financia y que entrega beneficios distintos al sistema de seguridad social contributivo (Alvarado; Meléndez & Pantoja, 2021).

En el mismo sentido, se encuentra el programa “Colombia Mayor” mediante el cual se le otorga un subsidio monetario mensual (\$80.000 para el año 2020) o en especie (servicios

sociales básicos mediante Centros de Bienestar al Adulto Mayor y Centros Día) a las personas mayores que no cuentan con una pensión y que se encuentran clasificados en los niveles 1 y 2 de SISBEN III o todos los niveles de los grupos A, B y C hasta el subgrupo C1 de SISBEN IV. De acuerdo con los resultados de la Misión de Empleo, el programa Colombia Mayor cuenta con una cobertura superior al programa BEPS, alcanzando en 2019 a cerca de 1,53 millones de personas en su mayoría pertenecientes a hogares pobres, salvo algunas filtraciones de personas mayores de hogares no pobres a causa de problemas de focalización mediante el SISBEN. Sin embargo, se advierte que, si bien estos programas dan beneficios a las personas en la informalidad del mercado laboral, estos terminan sumándose a las causas de la informalidad por los incentivos generados, condenando a los trabajadores a empleos de baja remuneración y productividad (Alvarado; Meléndez & Pantoja, 2021).

Finalmente, se reconocen estrategias como el Programa de Subsidio al Aporte en Pensión – PSAP, el cual se considera que ayudará a la vinculación al sistema de seguridad social contributivo y se orienta al incremento de la base de personas que logran acceder a una pensión al cumplir la edad de jubilación, disminuyendo así la vulnerabilidad económica que enfrentan actualmente las personas mayores. No obstante, es necesario contar con información de la población vinculada a este tipo de programas y del número de personas que efectivamente llegan a pensionarse para determinar su efectividad. De igual forma, se encuentra el programa Sello Amigable Adulto Mayor, mediante el cual se incentiva al sector privado a vincular a personas mayores en edad de pensión que aún no cumple los requisitos para acceder a la misma; sin embargo, entendiendo que es un programa reciente, aún no cuenta con datos consolidados de acceso a empleos formales o a una pensión.

5.2.4 Restricciones de consumo para las personas mayores

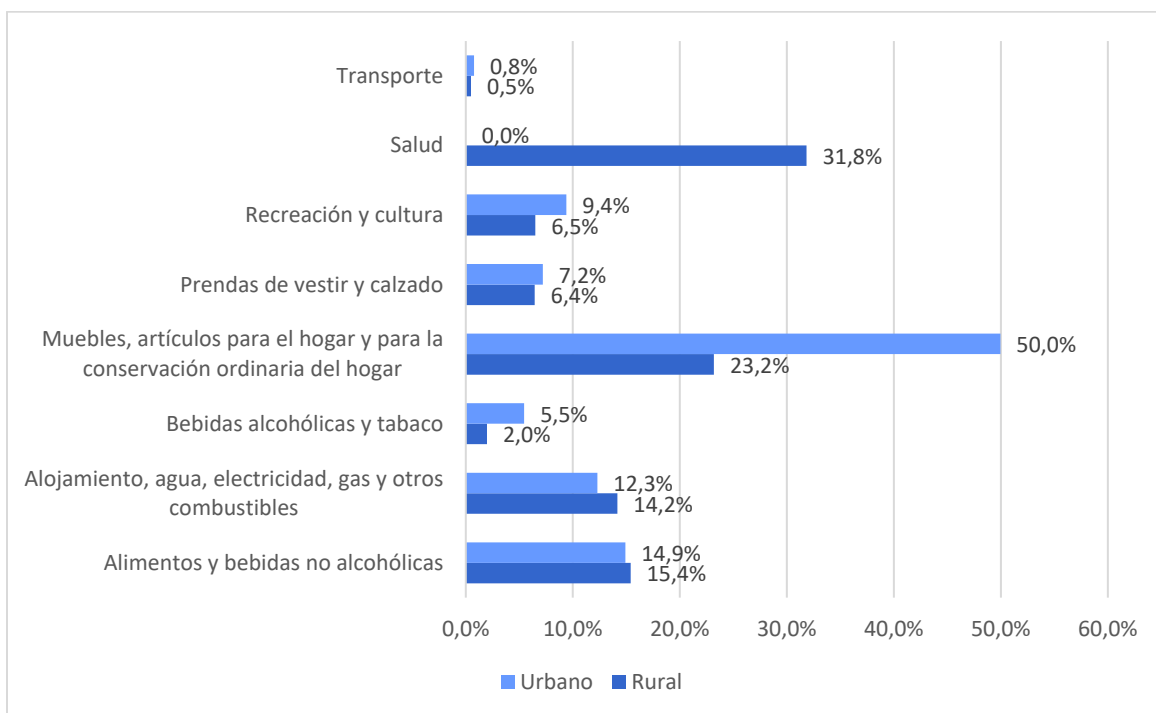
La vulnerabilidad económica en la que se encuentra la mayoría de la población mayor tiene un impacto directo en sus decisiones de consumo. La gráfica 10 muestra los gastos más frecuentes a partir de la Encuesta Nacional de Presupuesto de Hogares (ECV) 2016-2017, así, los hogares con personas mayores el gasto más frecuente es en alimentos y bebidas no alcohólicas (53,3%) y bienes y servicios diversos (14,3%) en el área urbana y, de manera similar, en alimentos y bebidas no alcohólicas (36,8%) y transporte (23,2%) en el área rural. Igualmente, las categorías en las que presentan gastos más frecuentes con el menor porcentaje en el área urbana son transporte (0,8%) y bebidas alcohólicas y tabaco (1,8%) en el área urbana, y prendas de vestir y calzado (3,4%) y bebidas alcohólicas y tabaco (2,5%) en el área rural, dejando apenas un 6,9% y 3,5% al consumo en bienes y servicios de recreación y cultura en las áreas urbana y rural respectivamente.

Los gastos de consumo menos frecuentes se encuentran en educación (19,1%) y recreación y cultura (17,8%) en el área urbana y restaurantes y hoteles (21,8%) y educación (20,2%) en el área rural. Adicionalmente, se encuentran nuevas categorías de artículos consumidos que no fueron reportados entre los gastos más frecuentes entre las que destacan salud (10,1%) y transporte (6,0%) para el área urbana, y bienes y servicios diversos (5,0%) e información y comunicación (1,4%) para el área rural (Ver gráfico 11).

De esta manera, se observa que el consumo de bienes y servicios de estos hogares se concentra principalmente en alimentos, muebles y artículos para el hogar; y vivienda y acceso a servicios públicos. Cabe resaltar las diferencias de consumo que se presentan entre hogares urbanos y rurales en sectores como transporte y salud, evidenciando las diferencias territoriales para la adquisición de determinados artículos o servicios.

Igualmente, se encuentra que el gasto menos frecuente es similar entre diversos sectores: educación, turismo, cultura y comercio (principalmente en relación con alimentos y artículos para el hogar), manteniendo una diferencia relativa entre hogares de área urbana y de área rural, salvo por los dos sectores señalados previamente.

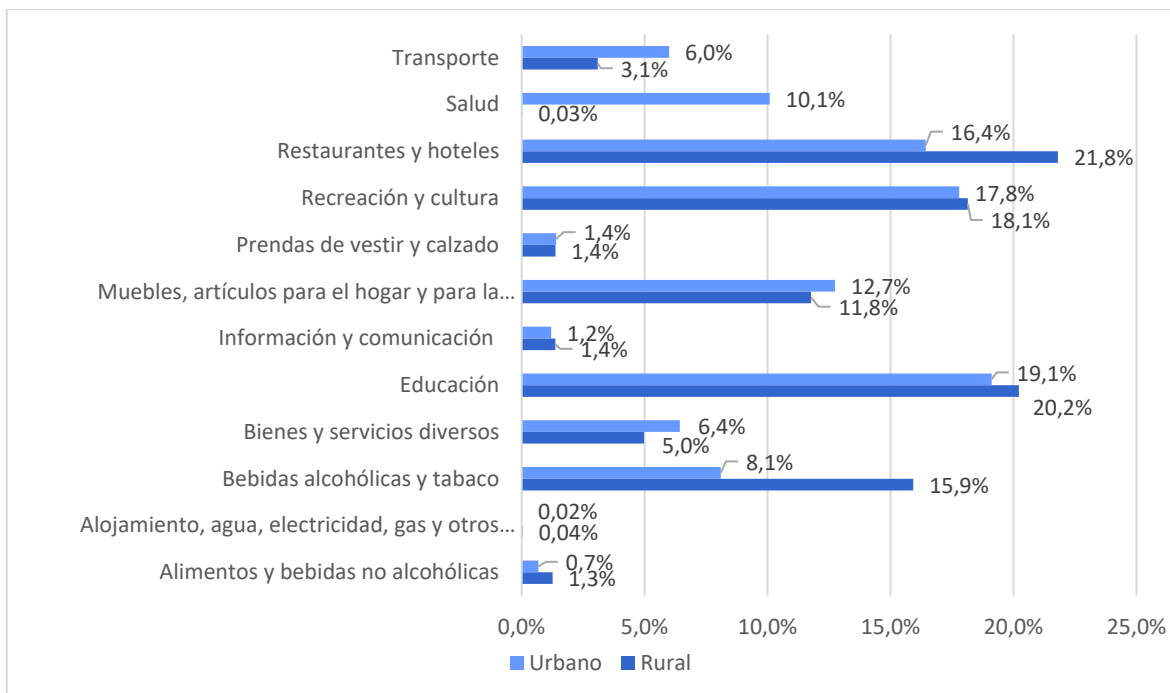
Gráfico No. 10. Promedio mensual de gasto más frecuente en hogares con población mayor según clasificación COICOP¹²



Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005. Fuente: DANE, ENPH 2016-2017.

¹² Los gastos se mensualizaron siguiendo la metodología especificada en la Ficha Metodológica de la ENPH. Igualmente, la variable gasto considera los artículos comprados y adquiridos por otro medio distinto a "compra", por lo cual hace referencia al gasto de consumo.

Gráfico No. 11. Promedio mensual de gasto menos frecuente en hogares con población mayor según clasificación COICOP



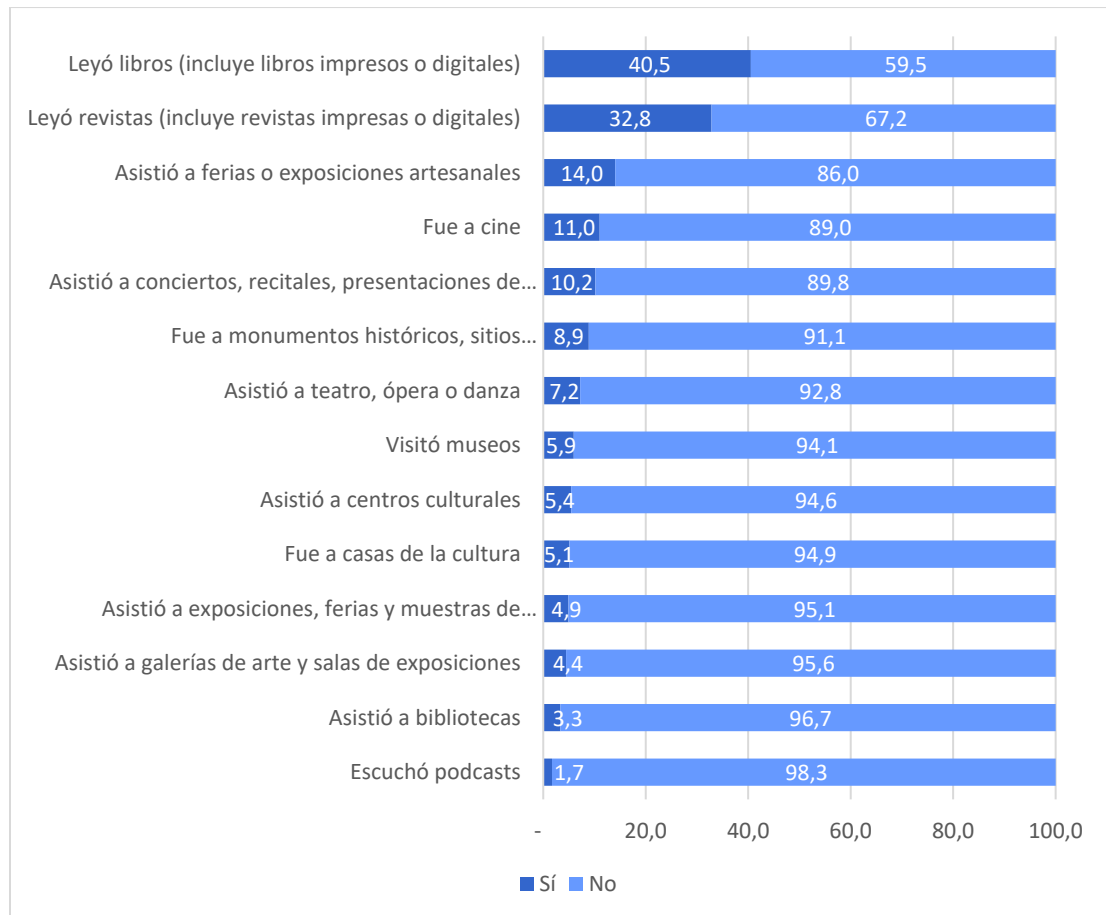
Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005.

Fuente: DANE, ENPH 2016-2017.

Los aportes económicos de las personas mayores son cruciales en la medida que consumen bienes y servicios que se adaptan a sus preferencias y necesidades. Los gastos personales de este grupo poblacional tanto del área urbana como del área rural, se destinan en una alta proporción al mantenimiento de la vivienda, incluyendo servicios públicos y muebles y artículos para el hogar, seguido de otros artículos derivados de alimentos y bebidas, vestuario, y entretenimiento, mostrando el potencial de demanda de estos sectores por parte de las personas mayores. Como se señaló inicialmente, las personas mayores tienen necesidades y preferencias particulares y son una oportunidad incipiente para nuevos mercados, sin embargo, también presentan carencias para el acceso a determinados servicios y deben incurrir en gastos de bolsillo.

Por otra parte, al analizar las prácticas de consumo cultural de las personas mayores se encuentra que en general menos del 40,5% de esta población realizó alguna actividad de este tipo en los últimos 12 meses. En particular, la práctica más destacada es la lectura de libros con el 40,5%, lectura de revistas con el 32,8% y asistencia a ferias o exposiciones artesanales con el 14%. En contraste, las prácticas que tuvieron una participación inferior a 9% se relacionan con asistencia a espacios culturales como bibliotecas, monumentos históricos, sitios arqueológicos, monumentos nacionales y centros históricos, entre otros (Ver gráfico 12).

Gráfico No. 12. Prácticas asociadas al consumo cultural de personas mayores en los últimos 12 meses – Cabeceras municipales



Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005.

Fuente: DANE, ECC 2020.

Igualmente, se indaga por la frecuencia de las prácticas de consumo cultural que manifestaron haber realizado las personas mayores en los últimos 12 meses. La lectura de libros y revistas presenta la frecuencia más alta, el 35,2% lee libros todos los días, el 33,1% varias veces a la semana y el 15,4% por lo menos una vez a la semana; por su parte, el 31,4% lee revistas varias veces a la semana, el 29,5% por lo menos una vez a la semana, y el 22,1% por lo menos una vez al mes. Adicionalmente, aunque la mayoría de las personas mayores no usa medios audiovisuales, particularmente podcasts, ni asiste a bibliotecas, las personas que manifestaron tener alguna de estas prácticas reportó una alta frecuencia (Ver cuadro 6).

Cuadro 6. Frecuencia de prácticas asociadas al consumo cultural de personas mayores en los últimos 12 meses – Cabeceras municipales

En los últimos 12 meses, usted	Todos los días	Varias veces a la semana	Una vez a la semana	Una vez al mes	Una vez cada tres meses	Una vez cada seis meses	Una vez al año
Asistió a teatro, ópera o danza			4,4%	14,7%	15,5%	18,7%	46,7%
Asistió a conciertos, recitales, presentaciones de música en espacios abiertos o cerrados en vivo			1,2%	10,3%	12,0%	20,2%	56,4%
Asistió a exposiciones, ferias y muestras de fotografía, pintura, grabado, dibujo, escultura o artes gráficas			1,9%	15,5%	14,0%	17,1%	51,6%
Asistió a ferias o exposiciones artesanales			0,4%	6,9%	10,2%	18,4%	64,1%
Leyó libros (incluye libros impresos o digitales)	35,2%	33,1%	15,3%	8,1%	4,9%		3,4%
Leyó revistas (incluye revistas impresas o digitales)	8,7%	31,4%	29,5%	22,1%	6,3%		2,1%
Fue a cine			5,9%	23,7%	18,7%	29,5%	22,2%
Escuchó podcasts			39,9%	39,7%	9,2%	7,3%	3,9%
Asistió a bibliotecas		7,7%	26,7%	23,8%	17,7%		24,1%
Fue a casas de la cultura			9,4%	16,3%	18,6%	19,2%	36,5%
Asistió a centros culturales			3,9%	18,2%	15,3%	19,3%	43,3%
Visitó museos			2,7%	10,5%	9,0%	22,7%	55,2%
Asistió a galerías de arte y salas de exposiciones			4,5%	9,4%	5,9%	25,7%	54,6%
Fue a monumentos históricos, sitios arqueológicos, monumentos nacionales o centros históricos			2,6%	6,8%	8,2%	18,0%	64,5%

Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005.

Fuente: DANE, ECC 2020.

Finalmente, de acuerdo con la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2015-2024, el envejecimiento activo reconoce la importancia de la creación de estrategias para la utilización del tiempo libre por parte de las personas mayores en entornos laborales o en prácticas de ocio (MSPS, 2015). No obstante, es importante seguir avanzando en este aspecto debido a que los resultados evidencian que una alta proporción de personas

mayores no realizó prácticas de consumo cultural en 2020. Algunas causas que explican este fenómeno son: la pandemia por Covid-19 que acentuó las dificultades económicas de muchas familias, la limitada oferta cultural y deportiva en algunos territorios o la priorización de otras actividades como oficios en el hogar. Así mismo, las actividades que manifestaron haber realizado en los últimos 12 meses no presentan una frecuencia alta dado que en su mayoría se llevaron a cabo por lo menos una vez al año.

5.3 Condiciones del entorno físico y social de las personas mayores

El entorno físico y social de las personas mayores, representado por las condiciones de vivienda, la convivencia, las formas de interacción, los servicios de cuidado y las redes de apoyo, inciden directamente en la calidad de vida, teniendo efectos visibles en su bienestar, afectando no solo las condiciones de salud sino, también, aspectos como la esperanza de vida, integración social, autoestima, niveles de resiliencia, entre otros.

De un lado, la vivienda se configura como el activo más importante para la población adulta mayor (Fedesarrollo y FSC: 2015). Así, la alta proporción de población mayor que aún no cuenta con vivienda propia, principalmente por su vulnerabilidad económica, se torna en situaciones adversas que vulneran el derecho de esta población a contar con una vivienda adecuada deteriorando su calidad de vida y su bienestar.

El aumento de la virtualidad ha puesto en evidencia un mayor grado de exclusión debido a la brecha digital. En efecto, existen barreras de acceso para el uso de las TIC por parte de las personas mayores en un nuevo contexto en el que actividades cotidianas como salir de compras o el acceso a diversos servicios se realizan de forma virtual, llevando nuevos retos para esta población.

De manera análoga, la prevalencia del cuidado informal y el deterioro en el relacionamiento social de los adultos mayores producto de situaciones de aislamiento, rechazo, maltrato y/o violencia en esta población, advierte sobre la urgente necesidad de fijar como una prioridad el fortalecimiento de arreglos institucionales que favorezcan el acceso a servicios sociosanitarios de calidad, así como fomentar una mayor integración del adulto mayor en la sociedad.

5.3.1 Insuficiente cobertura en vivienda y acceso a servicios públicos

La vivienda desempeña una función determinante en las condiciones de salud de la población, en especial, para la “protección contra enfermedades transmisibles; protección contra traumatismos, intoxicaciones y enfermedades crónicas; reducción de factores de estrés psicológicos y sociales; mejora del entorno habitacional y protección de personas potencialmente expuestas” (MSPS, 2015).

De acuerdo con las cifras de ECV para el año 2019, cerca del 35% de los hogares con población mayor presentaba algún riesgo con relación a la tenencia de la vivienda. De igual forma el 15,1% de los adultos mayores habita la vivienda con permiso del propietario sin usufructo alguno, el 12,1% paga arriendo o subarriendo y el 8,4% restante manifestó ser un ocupante de hecho, o tener vivienda propia y aún estar pagándola, o estar ubicado en una propiedad colectiva.

En relación con la cobertura y acceso de servicios públicos, los datos provenientes de ECV muestran que el 47% de la población mayor no cuenta con acceso al servicio de

alcantarillado, el 35% no cuenta con el servicio de recolección de basuras y el 25% no tenía acceso al servicio de acueducto. La principal consecuencia es una mayor exposición a factores de riesgo que pueden afectar o incidir en su salud. El evidente déficit de cobertura deja expuestas las deficiencias en la calidad de la vivienda y las restricciones que afronta un segmento de la población para el goce efectivo del derecho a vivienda digna y de calidad.

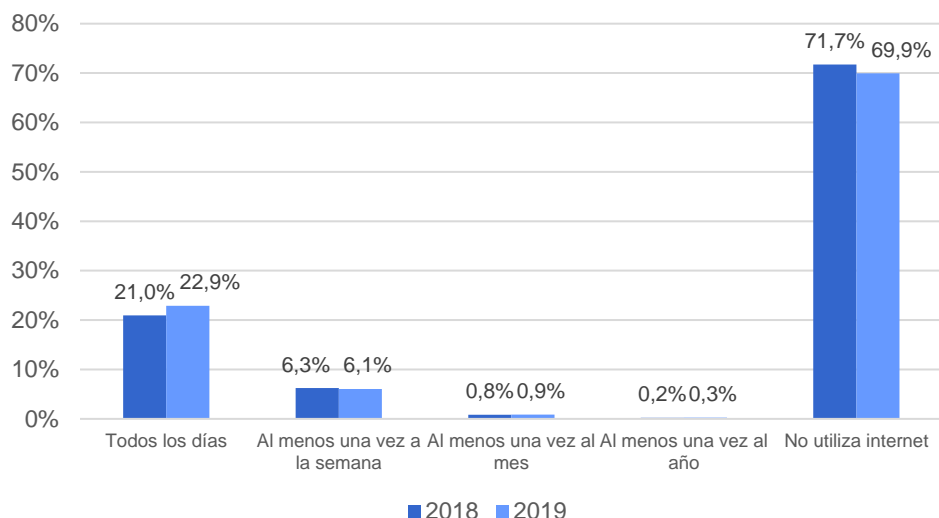
Los tipos de ocupación distintos a la posesión de vivienda propia evidencian algún grado de vulnerabilidad de la población mayor frente a posibles desalojos. De acuerdo, con la Observación general N° 4 del Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1991) y la Observación general N° 7 (1997), la noción de vivienda adecuada abarca libertades tales como la protección frente al desalojo forzoso, la destrucción y la demolición arbitrarias; e incluye otros derechos como la seguridad de la tenencia, la restitución de la vivienda, la tierra y el patrimonio (ONU, 2007). Por su parte, las personas mayores que habitan predios por ocupación se exponen a procesos de desalojo en virtud de la ilegalidad en la ocupación. Los bajos recursos y los procesos de migración y desplazamiento han impulsado este fenómeno en diferentes ciudades. En contraste, los desalojos responden a las necesidades de expansión urbanística de las ciudades es con frecuencia la principal causa de ejecución de este tipo de acciones (Smolka & Mullahy: 2007).

5.3.2 Alfabetismo y brecha digital

El acceso y adaptación en el uso de tecnología y nuevas comunicaciones representan una barrera importante para las personas mayores. La irrupción de la tecnología en la vida cotidiana de las personas, y las transformaciones que ha generado en las dinámicas de interacción social, ha sido una transformación que la población mayor no ve de la mejor forma pues entiende la descorporización y la distancia geográfica como una tendencia a la soledad (MSPS; Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, Colciencias; Universidad del Valle; Universidad de Caldas, 2016).

De acuerdo con los datos de ECV, durante 2018 y 2019 cerca del 70% de las personas de 60 años o más que fueron encuestadas no utilizan internet mientras que aproximadamente el 20% lo utilizan todos los días de la semana, el 6,25% lo usa al menos una vez a la semana, el 0,84% lo usa al menos una vez al mes y el 0,23% lo usa al menos una vez al año (Ver gráfico 13). Adicionalmente y, de acuerdo con la información consultada, no se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en el uso y acceso de internet.

Gráfico No. 13. Uso de internet por la población mayor

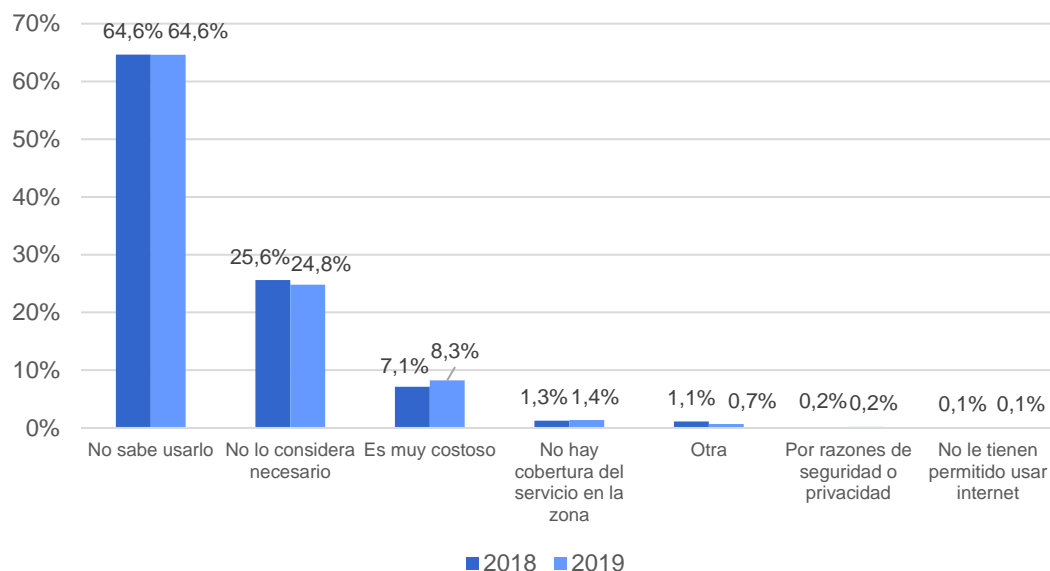


Fuente: Elaboración propia con información de la ENCV 2018 y 2019 – DANE.

Con respecto a las personas mayores que usan internet, la información revela que 95,78% utilizan internet al menos una vez en el año y acceden desde su hogar, mientras el 21,94% accede desde su lugar de trabajo, el 3,25% desde centros de acceso públicos gratuitos y el 2,54% desde centros de acceso públicos con costo (café internet). Esta proporción aumenta de acuerdo con el incremento en el acceso de las personas al servicio de internet, de forma que el 96,23% de las personas de 60 años o más acceden a internet desde su hogar, el 23,29% lo hacen desde su lugar de trabajo, el 4,83% lo hacen desde centros de acceso públicos gratuitos y el 2,87% lo hacen desde centros de acceso públicos con costo (café internet). Cabe señalar además que una persona puede acceder al servicio de internet desde más de una ubicación, lo que estimula un uso más frecuente y de mayor cobertura, y se resalta que entre quienes hacen uso de internet se identifican como principales motivos, la búsqueda y obtención de información, uso de herramientas de banca electrónica, educación y aprendizaje, compra de productos o servicios, y trámites con entidades del gobierno.

Dentro de las principales razones para no usar el internet, los resultados de la gráfica 14 muestran que el 84,8% de las personas mayores manifestó no utilizar computadores de escritorio, computadores portátiles o tabletas. Además, entre quienes manifestaron no acceder a internet en la ECV de 2018 el 64,64% de las personas manifestó como razón no saber utilizarlo, mientras el 25,61% manifestó no considerarlo necesario, el 7,13% manifestó que es muy costoso, el 1,27% manifestó no tener cobertura del servicio en la zona, el 0,16% manifestó razones de privacidad, el 0,09% manifestó que no se lo permitían y el 1,11% manifestó alguna otra razón. De forma similar para 2019, el 64,61% expresó como razón no saber utilizarlo, mientras el 24,82% manifestó no considerarlo necesario, y la diferencia más relevante con respecto a los resultados del año anterior se da en el aumento al 8,25% de las personas que manifiestan no utilizarlo por considerarlo demasiado costoso.

Gráfico No. 14. Razón por la que no accede a internet la población mayor



Fuente: Elaboración propia con información de la ENCV 2018 y 2019 – DANE.

Con base en lo anterior se observa que pese a los esfuerzos que se han adelantado en el país para disminuir la brecha digital de las personas mayores, como el Programa de Alfabetización Digital al Adulto Mayor ofrecido por MinTIC, o el Programa AduTICo Program, no se ha logrado incentivar la formación de tecnología especializada enfocada en las personas mayores. Esto puede presentar ser un problema a futuro, entendiendo el cambio demográfico que la población colombiana ha venido presentando, como se presentó en el apartado inicial de este documento.

5.3.3 Incremento sostenido de violencia y maltrato contra las personas mayores

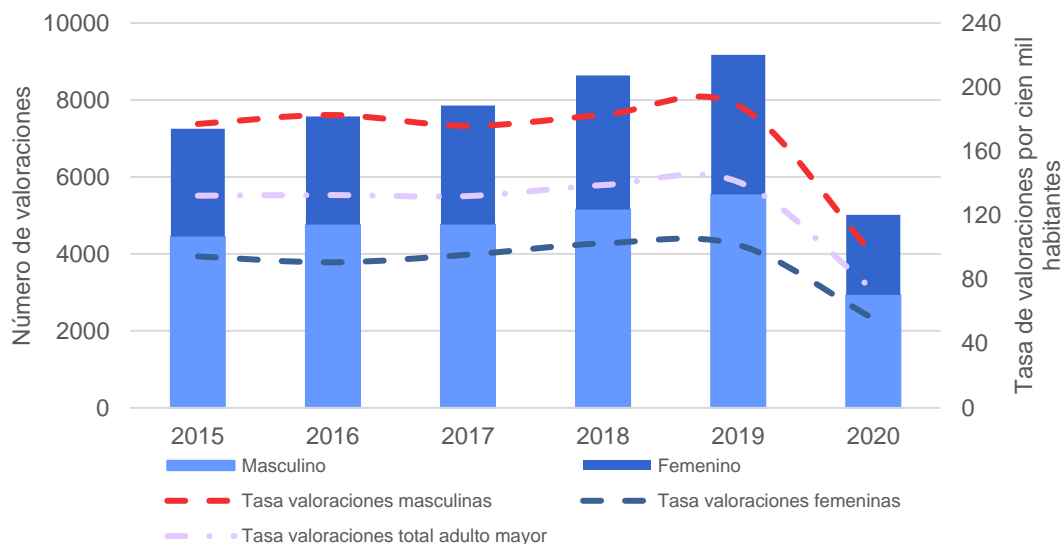
La violencia reiterada contra las personas mayores pone de manifiesto un importante riesgo para la salud física y mental, atentando contra su integridad y enfatiza en la falta de medidas necesarias para su prevención y mitigación. De acuerdo con los datos de la Encuesta SABE, para 2016 el 12,3% de las personas mayores reportó haber sufrido algún tipo de maltrato, concentrándose especialmente en las personas entre los 60 y 69 años (26,3% psicológico, 7% físico, 0,6% sexual, 3% financiero y 18% negligencia) y en las mujeres (14,4% psicológico, 4% físico, 0,5% sexual, 1,5% financiero y 9,6% negligencia). Estos reportes de maltrato se dieron principalmente en zonas urbanas (12,5%), y en particular en personas que reportan ingresos económicos “muy insuficientes” (20,6%). Frente al tipo de maltrato sufrido por la persona mayor, se reportó una mayor proporción de maltrato psicológico (12,3%), seguido de maltrato físico (3,4%), maltrato financiero (1,5%) y finalmente maltrato sexual (0,3%) (MSPS; Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, Colciencias; Universidad del Valle; Universidad de Caldas, 2016).

De acuerdo con los registros de lesiones de causa externa no letales del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses presentados en la gráfica 26, en el periodo 2015 – 2020 se realizaron 45.516 valoraciones por razón de violencia interpersonal, violencia intrafamiliar contra las personas mayores, presunto delito sexual y violencia de pareja en donde la persona afectada es una persona mayor. En promedio, los hombres reciben 54%

más valoraciones por estas violencias que las mujeres, es decir, en promedio los hombres reciben 167 valoraciones por cada cien mil habitantes mientras que las mujeres reciben 90 valoraciones por cada cien mil habitantes.

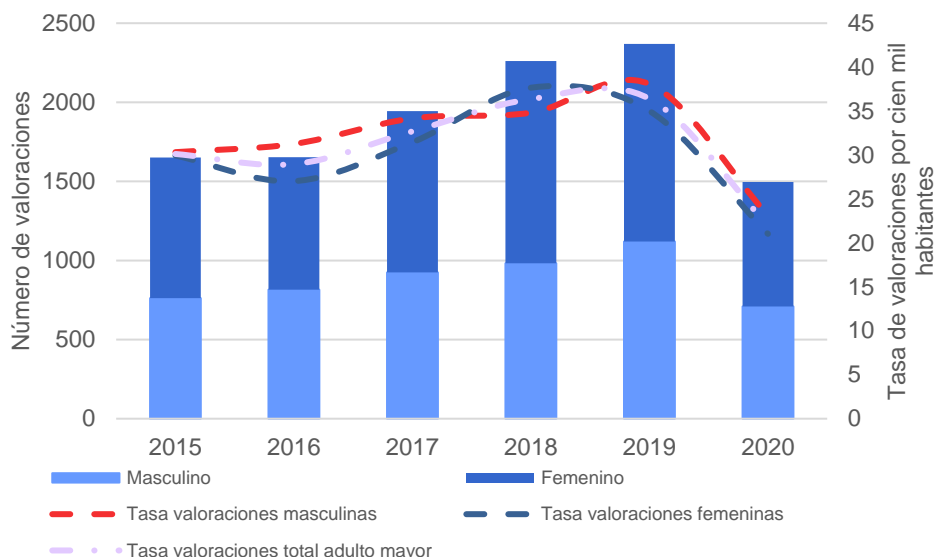
Los casos de violencia intrafamiliar contra las personas mayores representaron cerca del 25,2% de las valoraciones anuales entre 2015 y 2020. Se observa que en promedio el 53,3% de las valoraciones anuales se realizan a mujeres mientras que el 46,7% de las valoraciones se realiza a hombres. Sin embargo, esta proporción no se ve reflejada en la tasa ajustada por la población, en donde a los hombres se les realizan en promedio 32 valoraciones al año por cada cien mil habitantes mientras que a las mujeres se le realizan 30 valoraciones al año por cada cien mil habitantes. En 2017, en Colombia, el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, destacó un ascenso de las lesiones no fatales contra la persona mayor, en un 17,6%. En el mismo año se realizaron 27.538 exámenes medicolegales por violencia intrafamiliar, y de estos el 7,06% correspondía a violencia contra la persona mayor (Ver gráfico 15 y 16).

Gráfico No 15. Valoraciones por violencias contra la población mayor 2015-2020



Fuente: Elaboración propia con información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Fecha de corte diciembre 2020

Gráfico No. 16. Valoraciones por violencia intrafamiliar contra la población mayor 2015-2020



Fuente: Elaboración propia con información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Fecha de corte diciembre 2020

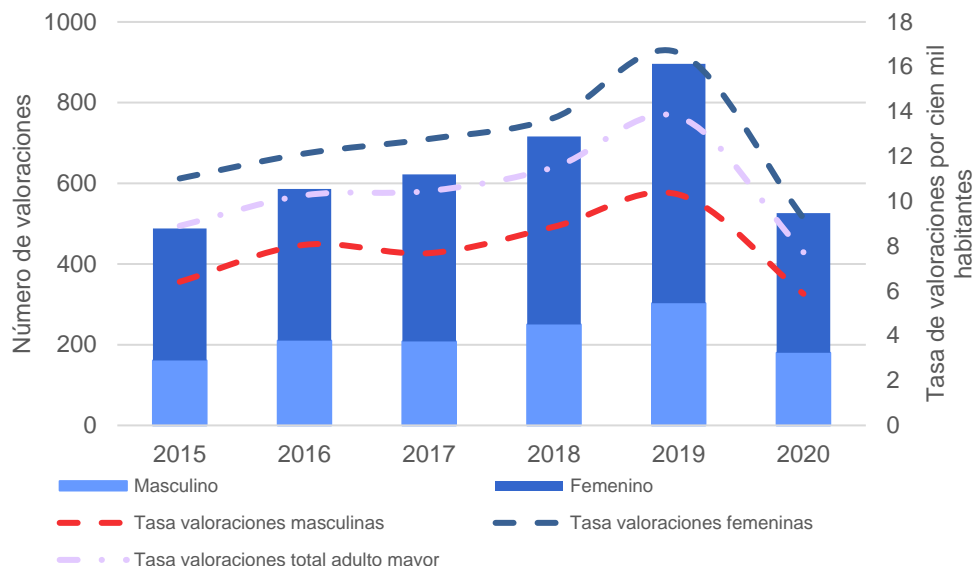
En relación con los tipos de maltrato, se encuentra que el psicológico es el más frecuente en personas mayores. Este tiene su origen en una relación potencialmente dañina entre la persona mayor y el cuidador, pues le genera al primero sentimientos de inseguridad, angustia y baja autoestima. Además, transgrede la dignidad y el respeto a la autonomía. En un estudio realizado para el departamento de Antioquia, el tipo de maltrato más frecuente fue el psicológico (5%), y en otro estudio en Pasto (5,4%), este también fue el más encontrado. Se reconoce su existencia en todos los escenarios. Un ejemplo de ello, son los resultados de un estudio en el que el 81% de enfermeras domiciliarias había sido testigo de este tipo de maltrato. Algunas manifestaciones son el aislamiento social, la perturbación de la libertad, las amenazas de institucionalización y de abandono, las burlas, las agresiones verbales, la ridiculización, las intimidaciones, la infantilización y las humillaciones (Forero Borda, 2019).

Un motivo importante para la recurrencia en situaciones de maltrato en personas mayores es la negligencia. Entendida como el incumplimiento de las funciones propias del cuidador, puede clasificarse en pasiva o activa siendo la primera cuando el victimario, por prejuicio o descuido, deja de proveer al adulto los cuidados de forma deliberada e intencionada, y la segunda es un descuido involuntario que sucede por ignorancia. Los que cometen este tipo de maltrato pueden incurrir en abandono, con lo que se desampara de manera voluntaria a la persona mayor, generalmente dependiente. Con base en la información del Instituto Nacional de Medicina Legal se encontró que el 9% de las personas mayores sufren maltrato por negligencia sobre todo en las zonas rurales distantes (gráfica 27). En este grupo surge la autonegligencia, como un tipo de maltrato que se manifiesta con la negación para obtener una adecuada alimentación, vestuario, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación, que incluso puede llegar a un suicidio pasivo en una persona mayor mental y físicamente competente. (Forero Borda, 2019).

Frente a la violencia de pareja contra las personas mayores, el periodo 2015 – 2020

representó en promedio el 8,5% de las valoraciones anuales, se observa que en promedio el 65,8% de las valoraciones anuales se realizan a mujeres mientras que el 34,2% de las valoraciones se realiza a hombres. Esta proporción se ve reflejada en la tasa ajustada por la población, en donde a los hombres se les realizan en promedio 8 valoraciones al año por cada cien mil habitantes mientras que a las mujeres se le realizan en promedio 13 valoraciones al año por cada cien mil habitantes (ver gráfico 17).

Gráfico No.17. Valoraciones por violencia de pareja contra la población mayor 2015-2020



Fuente: Elaboración propia con información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Fecha de corte diciembre 2020

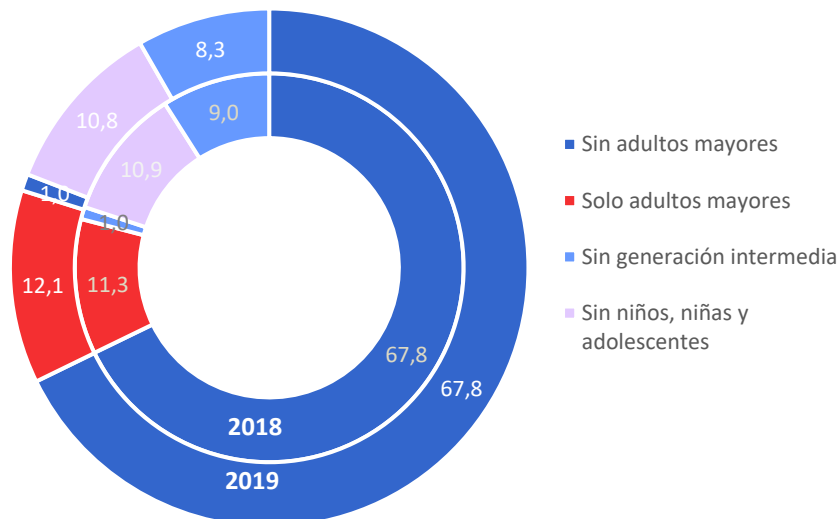
Frente al presunto delito sexual contra las personas mayores, el periodo 2015 – 2020 representó en promedio el 1% de las valoraciones anuales, se observa que en promedio el 90,4% de las valoraciones anuales se realizan a mujeres mientras que el 9,6% de las valoraciones se realiza a hombres. Esta proporción se ve reflejada en la tasa ajustada por la población, en donde a los hombres se les realizan en promedio 0,3 valoraciones al año por cada cien mil habitantes mientras que a las mujeres se le realizan en promedio 2,3 valoraciones al año por cada cien mil habitantes.

5.3.4 Aumento de la población mayor potencialmente demandante de servicios de cuidado y atención integral de calidad

Continuando con la información disponible de ECV la gráfica 18 muestra la tipología generacional de los hogares colombianos para 2019. Con esta información, se encuentra que el 67,8% de los hogares en Colombia no tiene personas mayores y el 32,2% restante está compuesto por personas de 60 años o más. De los hogares en los que se encuentran personas mayores el 12,1% está conformado únicamente por esta generación, el 11,8% por dos generaciones: personas mayores y adultos con edades que oscilan entre 18 y 59 años (10,8%) o personas mayores y niños niñas y adolescentes (1%); y el 8,3% de los hogares se caracteriza por ser multigeneracionales, es decir, están compuestos por las tres generaciones. Así mismo, con respecto al año anterior, hubo un ligero incremento de

hogares compuestos solamente por personas mayores y una leve reducción de hogares multigeneracionales y con dos generaciones.

Gráfico No. 18. Hogares según tipología generacional



Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005.

Fuente: DANE, ENCV 2019-2018.

La composición de los hogares evidencia la demanda potencial de cuidado de las personas mayores. Las personas de 60 años y más que cohabitan con otros miembros de su familia cuentan con apoyo y cuidado en caso de que así lo requieran. Por el contrario, las personas de 60 años y más que viven solas (hogares unipersonales) o conviven solamente con otras personas de su misma edad (hogares generacionales) requieren de especial atención al no contar con el apoyo de otras personas o no proveer recursos suficientes para solicitar servicios de cuidado privados y por ende van a demandar estos servicios por fuera del hogar. (Fedesarrollo y FSC, 2015; BID: 2019).

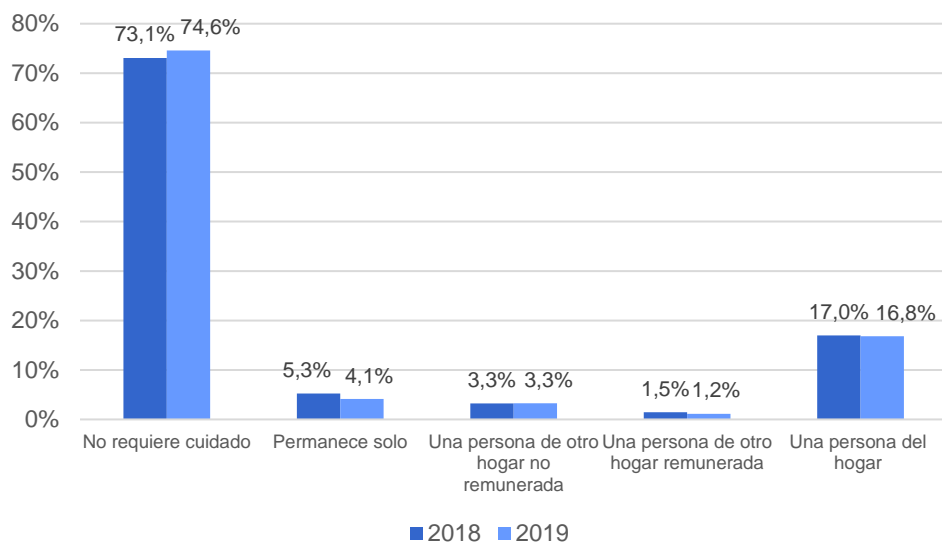
En cuanto al parentesco de las personas mayores se encuentra que para 2019 el 62,4% son jefe/a de hogar, el 22,1% son pareja, esposo (a), cónyuge, o compañero(a) del jefe/a de hogar y el 6,9% son padre, madre, padrastro o madrastra del jefe/a de hogar. Así mismo, se encuentran otros parentescos, entre los cuales se destacan hermano(a) y hermanastro(a) con el 2,8%, suegro(a) con el 2,1%, y otro pariente del jefe/a de hogar con el 1,5%. Por su parte, en 2018 se mantuvo el mismo orden con algunos cambios en las distribuciones porcentuales.

Los datos presentados son un indicio del doble rol que pueden asumir las personas mayores como prestadoras y receptoras de cuidado, dado que hacen contribuciones al hogar brindando cuidado a otros miembros de la familia, como nietos, cónyuges, personas en situación de discapacidad o de edad más avanzada, entre otros. (Fedesarrollo y FSC, 2015). El parentesco de las personas mayores en el hogar refleja el rol que probablemente asume esta población y si son responsables de proveer recursos o cuidado a los demás miembros de su familia.

5.3.5 Prevalencia del cuidado informal

De acuerdo con la ECV de 2019 el 74,6% de las personas mayores no requiere cuidado y el 25,4% restante demanda servicios de cuidado dentro o por fuera del hogar (diferenciando por sexo la distribución es similar). En particular, el 16,8% de la población mayor recibe cuidado de una persona del hogar, el 4,5% de una persona de otro hogar, y el 4,1% permanece sola (Ver gráfico 19). Es preciso destacar que la mayoría de las personas de otros hogares que brindan asistencia y cuidado a personas mayores no son remuneradas. Así mismo, con respecto a 2018 no hubo variaciones significativas, los cuidadores de las personas mayores presentaron características similares.

Gráfico No. 19. Cuidadores de la población mayor



Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005.

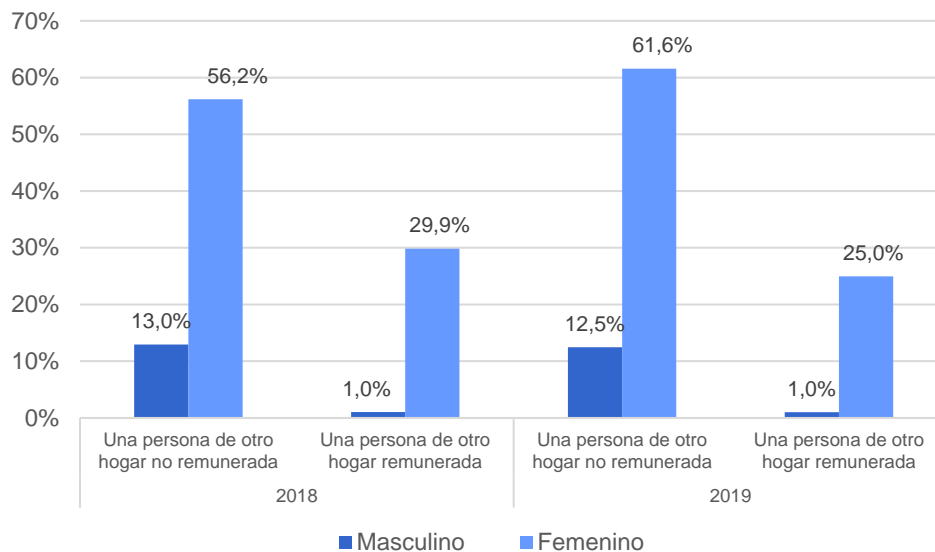
Fuente: DANE, ENCV 2019-2018.

Los datos muestran que una alta proporción de personas mayores mantiene vínculos familiares fuertes y reciben cuidado de otros miembros de la familia cuando así lo requieren, pese a que algunas personas mayores permanecen solas en el hogar. Al analizar las características de las personas de otros hogares que proveen asistencia y cuidado a personas mayores, se encuentra que en el año 2019 el 74% son no remuneradas y el 26% restante son remuneradas. Así mismo, el 86,5% son mujeres y el 13,5% son hombres. Estas diferencias se mantuvieron en 2018 en una menor proporción: de las personas de otros hogares que realizan actividades de cuidado el 69,1% son no remuneradas y el 30,9% son remuneradas, igualmente la proporción de hombres y mujeres es equivalente a 86% y 13%, respectivamente (Ver gráfico 20).

La información suministrada en la gráfica 21 evidencia que el cuidado de personas mayores por parte de personas de otros hogares es asumido principalmente por mujeres, lo cual es consecuente con estudios que demuestran que las mujeres son las principales cuidadoras de los hijos y de las personas mayores. Sin embargo, la creciente participación de la mujer en el mercado laboral y, por ende, su capacidad para generar ingresos supone una reducción de la oferta tradicional de cuidado en el largo plazo (como se cita en Fedesarrollo

y FSC, 2015).

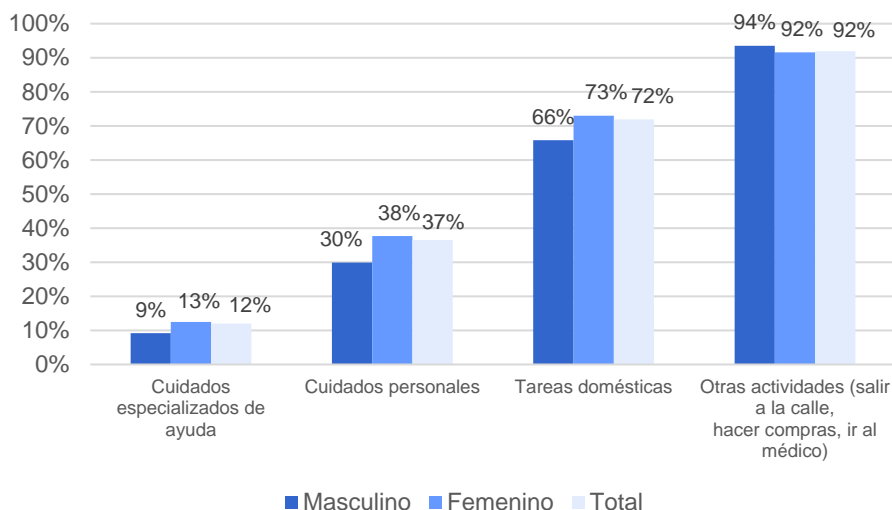
Gráfico No. 20. Cuidadores de otros hogares de la población mayor, diferenciados por sexo



Nota: Datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del censo 2005. Fuente: DANE, ENCV 2019-2018.

Así mismo, según los resultados de la encuesta SABE el 91,9% de las personas cuidadoras familiares brindan apoyo en la realización de otras actividades cotidianas como salir a la calle, hacer compras o ir al médico, el 71,9% realiza las labores domésticas, el 36,5% brinda cuidados personales, y el 12% cuidados especializados de ayuda. El orden de los tipos de cuidado se mantiene entre hombre y mujeres, particularmente con una participación más alta de las mujeres en cuidados especializados, personales y tareas domésticas, mientras que los hombres son mayoría por una leve diferencia en el desarrollo de otras actividades de cuidado, con el 93,5% (Ver gráfico 21).

Gráfico No. 21. Tipo de cuidado según sexo del cuidador familiar



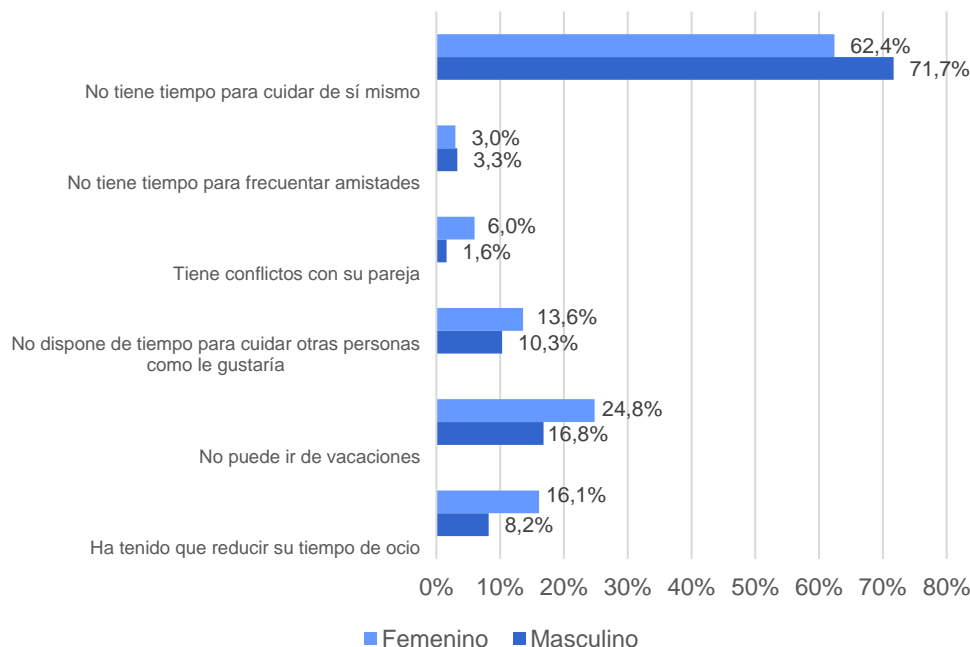
Fuente: MSPS, SABE 2016.

Las actividades que reportan con más frecuencia las personas cuidadoras del entorno familiar son otras actividades de la vida diaria y tareas domésticas, y en menor medida aquellas relacionadas con cuidados personales o cuidados especializados, que requieren de habilidades específicas para llevarlas a cabo. Pese a que la mayoría de las actividades no demandan una atención especializada cambian constantemente de acuerdo con las necesidades que demanda la persona mayor y si son varias pueden desbordar la capacidad de las personas cuidadoras (SABE, 2016).

Por último, de acuerdo con la encuesta SABE las consecuencias de las labores de cuidado sobre las personas cuidadoras se organizan en tres grandes categorías que caracterizan el ámbito laboral y económico, el entorno social y familiar, y las condiciones de salud de la población encuestada. Sobre las consecuencias profesionales y económicas se observa que para el caso de hombres el 54,9% no reportó ninguna consecuencia, el 19,6% tuvo problemas económicos, el 17,9% tuvo que reducir su jornada de trabajo, y el 16,4% no pudo trabajar fuera de casa; por su parte, para el caso de las mujeres, el 54% no tuvo consecuencias en su empleo o de índole económico, el 21,4% manifestó tener problemas económicos, el 16,4% no pudo trabajar fuera de casa, y el 13,6% dejó de trabajar por esta causa.

Así mismo, al indagar por las consecuencias en el tiempo libre, ocio y vida familiar de las personas cuidadoras familiares se encuentra que el 71,7% de los hombres no tuvo tiempo para cuidar de sí mismo, el 16,8% no pudo ir de vacaciones, el 10,3% no tuvo tiempo de cuidar otras personas como esperaba, y el 8,3% tuvo que reducir su tiempo de ocio; con respecto a las mujeres, el 62,4% manifestó no tener tiempo para cuidar de sí misma, el 24,8% no pudo ir de vacaciones, el 16,1% tuvo que reducir su tiempo de ocio, y el 13,6% no dispone de tiempo para cuidar otros como le gustaría (Ver gráfica 22). En cuanto a las consecuencias para la salud, la gráfica 26 muestra que el 71,7% de los hombres no reportó ninguna consecuencia, el 16,8% se encuentra cansado, el 10,3% se siente deprimido, y el 8,2% deterioró su salud; en el caso de las mujeres, el 62,4% no tuvo ninguna consecuencia que afectara su salud, el 24,8% se encuentra cansada, el 16,1% deterioró su salud, y el 13,6% manifiesta sentir depresión.

Gráfico No. 22. Consecuencias en tiempo libre, ocio y vida familiar



Fuente: MSPS, SABE 2016.

Los cuidadores familiares de personas mayores del sexo femenino y masculino reportan de manera similar las consecuencias que traen consigo las labores de cuidado en los diferentes ámbitos de su vida con algunas variaciones en la participación. La mayoría de las personas cuidadoras no reporta consecuencias profesionales o económicas, y quienes lo hacen manifiestan que tuvieron que dejar su trabajo o no pudieron trabajar fuera de casa. Así mismo, la principal consecuencia en el tiempo libre, ocio y vida familiar es no poder cuidar de sí mismo, seguida de no poder salir de vacaciones y reducir el tiempo de ocio. Igualmente, una alta proporción no reporta consecuencias para su salud, aunque quienes lo hacen se sienten principalmente cansados.

Finalmente, las consecuencias enunciadas inciden negativamente sobre el bienestar de las personas que realizan labores de cuidado y hacen un llamado para generar acciones que contribuyan a su eliminación o mitigación. La literatura indica que las consecuencias negativas para la salud son modificables o reversibles y la ausencia de formación en personas cuidadores informales puede convertirse en una oportunidad para el diseño de programas de formación que contribuyan a disminuir la sobrecarga y mejorar la provisión del cuidado de las personas mayores. Esto no solamente para la entrega de indicaciones oportunas sino para ayudar a las personas cuidadoras a manejar las emociones que experimentan y encontrar soluciones a sus problemas (MSPS et al, 2016).

Finalmente, es importante destacar que el insuficiente seguimiento y control al cumplimiento de estándares precisos advierte sobre el peligro que implica la prestación de servicios a terceros y de los riesgos que en consecuencia acarrearán las personas mayores que los reciben. Si bien el Ministerio de Salud y protección Social avanza en la regulación de las modalidades de asistencia y cuidado a personas mayores a partir de la definición de estándares mínimos para la prestación de servicios sociales y sanitarios como una apuesta

para promover la gestión de la calidad y garantizar los derechos de las personas mayores, sin discriminación y en igualdad de condiciones; es necesario involucrar y articular estas acciones con las que desde otros sectores y otras adelantan en el marco de sus competencias.

En esta misma línea se ha evidenciado la necesidad de la creación de un registro de instituciones dedicadas a la atención de las personas mayores en todo el territorio nacional, como base para robustecer las acciones de inspección y vigilancia, Contar con información relevante sobre la oferta pública y privada de servicios de atención integral es una condición necesaria para mejorar la calidad y proteger los derechos de las personas mayores.

5.4 Problemas relacionados con la salud de las personas mayores

A la par de la transición demográfica, Colombia atraviesa por una transición epidemiológica caracterizada por la prevalencia de enfermedades no transmisibles o enfermedades crónicas, las cuales son producto de la confluencia de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y del comportamiento que son de larga duración y pueden conducir a muertes prematuras. De acuerdo la información del más reciente informe de la Defensoría del Pueblo, para el año 2019 cerca 4,5 millones de personas mayores manifestaron tener algún problema de salud en los últimos 30 días en los que la solución dada al problema de salud fue acudir a la entidad de salud a la cual es afiliado (74,73%); acudir al médico particular y usar remedios caseros (6,99 % en cada ítem), auto recetarse (4,28%), acudir a un boticario o droguista (3,65 %) o no hacer nada (2,79 %) (Informe Defensorial, 2019).

5.4.1 Prevalencia de enfermedades crónicas o no transmisibles

Las condiciones crónicas de salud que se presentan de forma recurrente entre las personas mayores, afectan más del 40% de esta población, teniendo claro que, si bien no son mortales, si son causa de discapacidad y generan una alta carga para las familias y los servicios de salud. De acuerdo con el análisis realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) sobre la dependencia y el envejecimiento en Colombia, el 21.2% de la población de 60 años o más en Colombia sufre de algún grado de dependencia, lo cual equivale a alrededor de 1.1 millones de personas. Si la tendencia de la incidencia de enfermedades crónicas continúa al alza como hasta ahora, esta cifra puede llegar a sobrepasar los 2.1 millones en los próximos diez años, representando más de la cuarta parte (26.4%) de la población de 60 años o más (BID: 2019).

De otra parte, la encuesta SABE evidencia que las principales alteraciones se presentan en los órganos de los sentidos, principalmente (88,9%) siendo la visión el de mayor afectación en la que cerca del 67% reportó el uso de anteojos, gafas o lentes de contacto para mejorar su visión cercana y lejana. Así mismo, la hipertensión arterial (HTA) está presente en el 61% de la población mayor, siendo mayor en mujeres de áreas urbanas y estratos socioeconómicos bajos. También, se destaca que los síntomas depresivos representan 49,9% de prevalencia, siendo mayor en estratos socioeconómicos altos.

Dentro de las otras prevalencias que más aquejan a la población mayor se encuentran la audición (27,2%), artritis-artrósisis (25,8%), diabetes mellitus (18,5%), síndrome de fragilidad¹³ (15,2), enfermedad isquémica cardíaca (14,5%), osteoporosis (11,8%) y

¹³ La fragilidad se identifica como un síndrome geriátrico caracterizado por la disminución de la capacidad del organismo para responder a los factores estresantes externos, provocando en las personas, el riesgo de caídas, el declive funcional, discapacidad, dependencia, institucionalización e incluso la muerte.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC - con 11,4%. En relación con otras condiciones que afectan la salud de las personas mayores, como el síndrome de fragilidad, se encuentra que las mujeres de mayor edad que viven en zona rural son más frágiles que las de menor edad, de estrato socioeconómico alto y que viven en zona urbana. Una de las mediciones sobre fragilidad tiene que ver con las caídas que representan un 31.9% y en las que son las mujeres las mayormente afectadas.

Ahora bien, las personas mayores no solo tienen un mayor riesgo de presentar una enfermedad crónica, sino que también presentan un mayor riesgo de sufrir múltiples condiciones crónicas de salud de manera simultánea o multimorbilidad. De hecho, la encuesta SABE arrojó que el 84,8% de las personas mayores padece más de una condición crónica y cerca de la mitad de esta población (40%) presentaron hipertensión arterial, síntomas depresivos y condiciones crónicas asociadas al envejecimiento como los problemas visuales y auditivos. (MSPS; Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, Colciencias; Universidad del Valle; Universidad de Caldas, 2016).

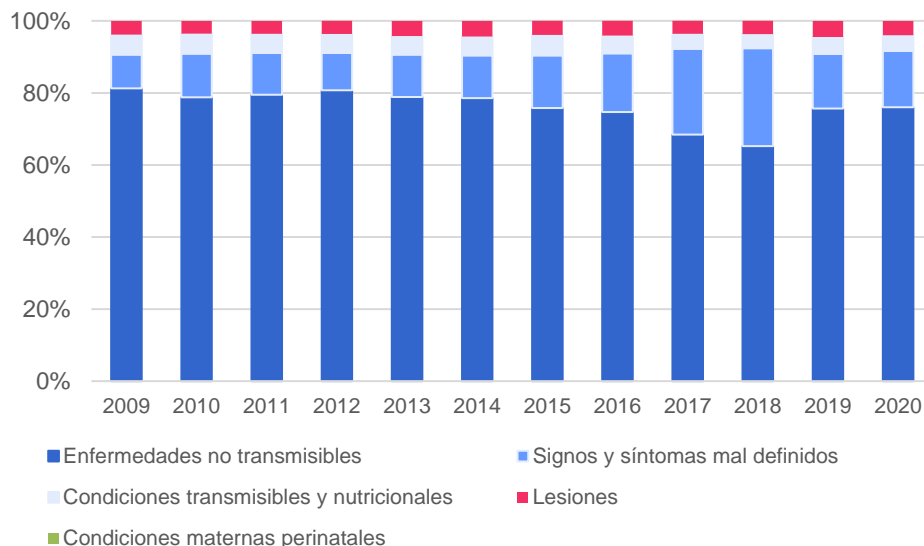
Desagregando los datos a nivel de sexo, se puede observar que la prevalencia de hipertensión arterial es mayor en mujeres que en hombres (66,3% y 54,6% respectivamente), así como también lo es la prevalencia de artritis-artrosis (36,4% y 14,8% respectivamente), la prevalencia de osteoporosis (18,7% y 4,7% respectivamente), y la prevalencia de demencia con un 11% entre las mujeres frente a un 7,9% entre los hombres. Adicionalmente, se observa que entre las personas mayores, sólo el 15% refieren no presentar ninguna o presentar sólo una condición crónica de salud (19,1% en hombres y 11,6% en mujeres), mientras que el 50,6% refiere presentar entre dos y tres CCS (51,3% en hombres y 49,9 en mujeres), y 6,4% refieren presentar seis condiciones crónicas o más de manera simultánea, siendo en este caso mayor la proporción de mujeres que la de hombres con un 7,8% y 4,8% respectivamente (MSPS; Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, Colciencias; Universidad del Valle; Universidad de Caldas, 2016).

5.4.2 Morbilidad atendida

A partir de los Registros Individuales de Prestación de Salud – RIPS, se puede observar que entre 2009 y 2020 se han atendido anualmente en promedio 3.553.960 personas de 60 años o más y se prestaron en promedio 72.669.296 de atenciones, es decir que en promedio una persona de 60 años o más ha recibido 20 atenciones. El mínimo de personas atendidas se registró en 2009 (1.718.797) coincidiendo con el año de menor atenciones (27.742.878), mientras que el mayor número de personas atendidas se presentó en 2019 (5.497.315) y el mayor número de atenciones se presentó en 2020 (125.650.498).

Para el periodo 2009 – 2020 y de acuerdo con la información presentada en la gráfica 23, las atenciones que se encuentran en primer lugar corresponden a las enfermedades no transmisibles y aportan en promedio el 76,1% (30.415.906) de las atenciones realizadas a 3.026.780 personas en promedio anualmente, es decir un promedio de 10 atenciones anuales por esta causa. Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales con el 5% de las atenciones realizadas y 3,4 atenciones en promedio al año, luego las lesiones con el 3,9% de las atenciones realizadas y 4,1 atenciones en promedio al año, y finalmente las condiciones maternas perinatales con un 0,02% del promedio de las atenciones realizadas y 2,9 atenciones en promedio al año.

Gráfico No. 23. Morbilidad atendida según agrupación de causas 2009-2020



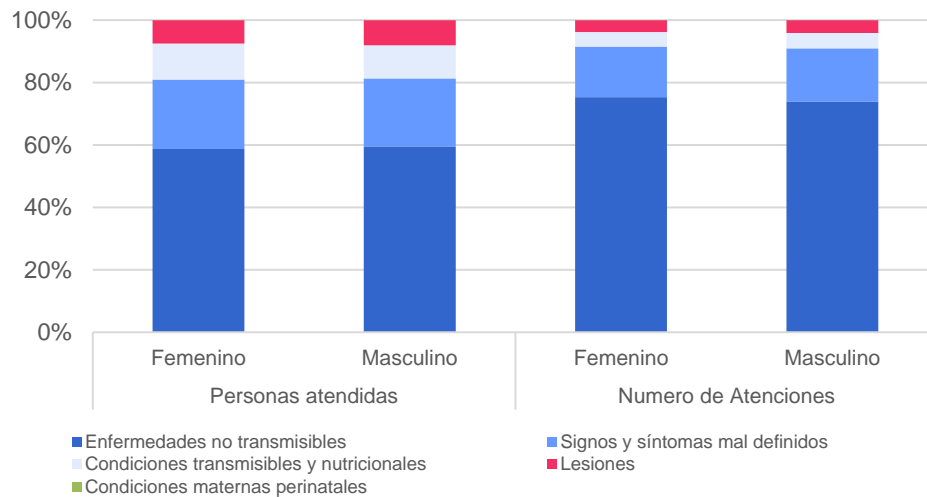
Fuente: MSPS – SISPRO, Cubo de información Prestación Servicios de Salud, fecha de corte diciembre 2020

Durante el mismo periodo de análisis, la proporción según el sexo del total agregado de personas de 60 años o más atendidas en el SGSSS es de 59,2% de mujeres y 40,8% de hombres. Entre las mujeres las enfermedades no transmisibles aportaron el 58,7% de personas atendidas y 75,3% de las atenciones prestadas, seguido por las condiciones transmisibles y nutricionales con el 11,6% de las personas atendidas y el 4,7% de las atenciones prestadas. De forma similar en los hombres, las enfermedades no transmisibles aportan el 59,5% de las personas atendidas y el 73,9% de las atenciones prestadas, seguido de las condiciones transmisibles y nutricionales con el 10,6% de las personas atendidas y el 4,9% de las atenciones prestadas (Ver gráfico 24).

A nivel territorial, la mayoría de las personas mayores que han sido diagnosticadas con condiciones transmisibles y nutricionales, enfermedades no transmisibles, lesiones y signos y síntomas mal definidos entre ¹⁴ 2015 y 2020 fueron atendidas en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca; mientras que los diagnósticos en condiciones maternas perinatales se concentraron principalmente en Córdoba, Bogotá y Sucre. *Para información desagregada a nivel departamental ver anexo 2.*

¹⁴ Llama atención este dato reportado en RIPS. Podría corresponder a embarazos de alto riesgo en población mayor.

Gráfico No. 24. Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexo 2009-2020



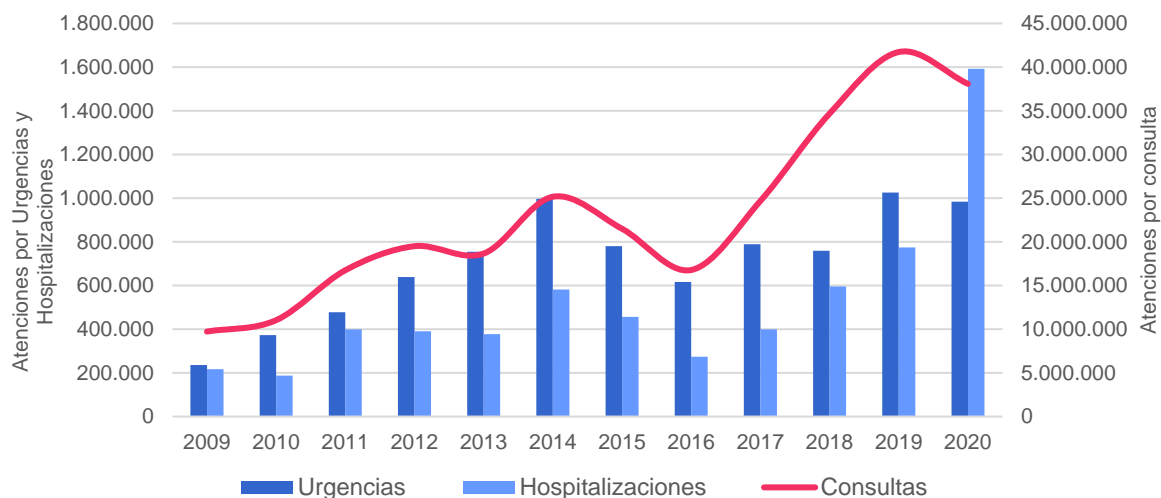
Fuente: MSPS – SISPRO, Cubo de información Prestación Servicios de Salud, fecha de corte diciembre 2020

El acumulado de las atenciones en los servicios de salud a población de 60 años o más en el periodo 2009 – 2020, muestra que el 95% de las atenciones fueron en modalidad de consulta con un promedio anual de 23.189.514, seguido de las atenciones por urgencias con un 2,9% con un promedio anual de 702.583, y finalmente las atenciones por hospitalización con un 2,1% y un promedio anual de 520.400 atenciones.

La tendencia anual durante el periodo 2009 – 2020 muestra fluctuaciones importantes para cada tipo de atención. En el caso de consultas externas, se observa un crecimiento relativamente constante entre los años 2009 a 2014 en donde presentó una caída hasta el año 2016 alcanzando niveles cercanos a los presentados en 2011, posteriormente tuvo nuevamente un crecimiento constante hasta alcanzar un máximo en 2019 con 41.734.540 atenciones. En el caso de las urgencias y las hospitalizaciones el comportamiento es bastante similar con diferentes períodos de crecimiento y disminución del número de atenciones prestadas por año, sin embargo mientras las atenciones en urgencias llegaron a su máximo en 2019 (1.025.353) con niveles similares a los de 2014 (997.320) y 2020 (983.677), las atenciones por hospitalizaciones alcanzaron su máximo en 2020 con 1.592.260 más del doble del máximo alcanzado en 2019 (774.119), lo que podría explicarse por el avance de la pandemia del Covid-19 y su mayor afectación a la población mayor (Ver gráfico 24).

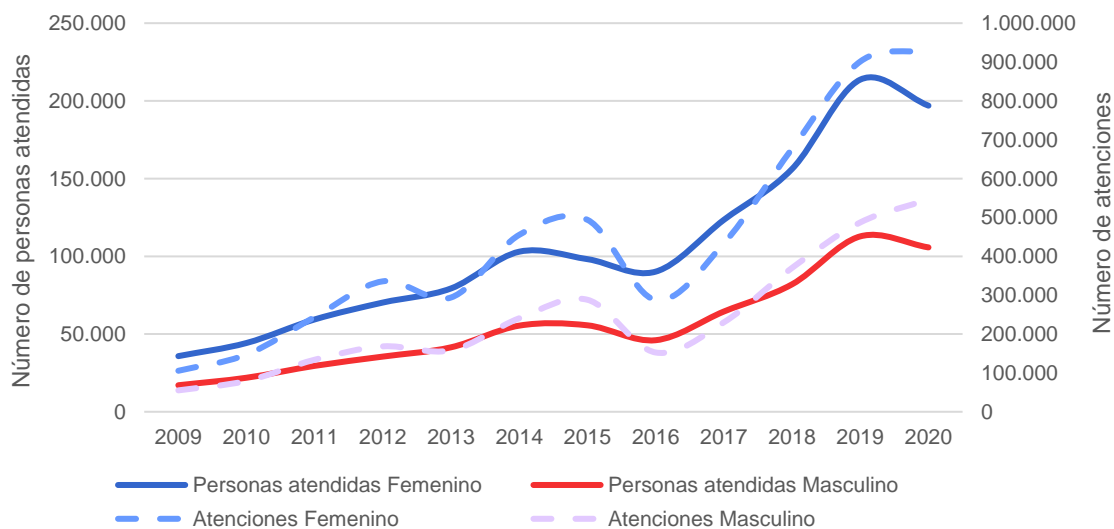
Igualmente, llama la atención que conforme a las consultas del RIPS se encuentra un significativo aumento de las personas atendidas por enfermedades neuropsiquiátricas pasando de 52.886 en el 2009 a 302.690 en el 2020, es decir, un incremento del 572%, así como un notorio aumento (918%) del número de atenciones en el mismo período, pasando de 160.719 atenciones en el año 2009 a 1.475.930 en el 2020. En el mismo sentido, las mujeres, para el año 2020 han aportado el 65% (196.937) de las personas atendidas y el 63% (929.603) del número de atenciones, mientras que para el mismo año los hombres aportaron sólo el 35% (105.744) del total de personas atendidas y el 37% (546.307) del total de atenciones prestadas (Ver gráfico 25 y 26).

Gráfico No. 25. Tendencia de atenciones realizadas según tipo de atención 2009-2020



Fuente: MSPS – SISPRO, Cubo de información Prestación Servicios de Salud, fecha de corte diciembre 2020

Gráfico No. 26. Número de atenciones realizadas y número de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento 2009-2020

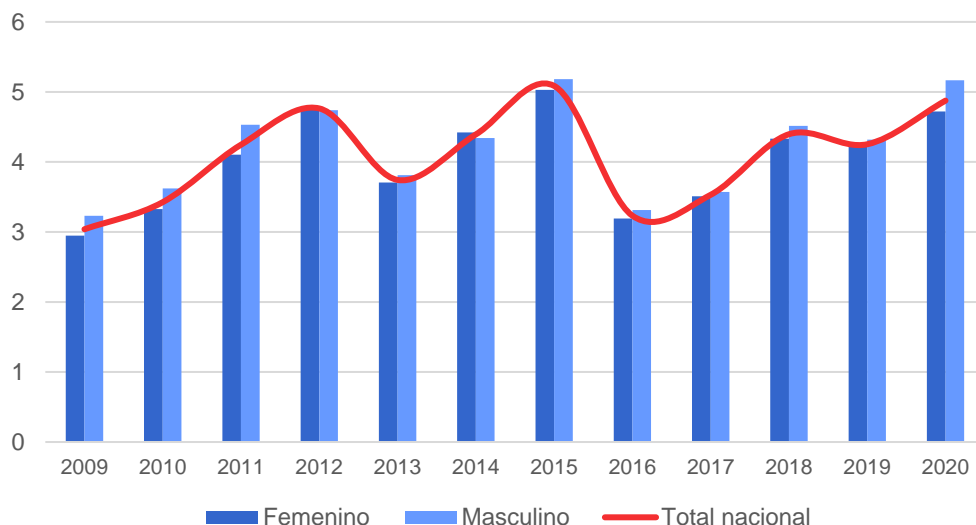


Fuente: MSPS – SISPRO, Cubo de información Prestación Servicios de Salud, fecha de corte diciembre 2020

Durante el mismo periodo se presentaron en promedio 4 atenciones por persona al año, con un máximo presentado en el 2015 con 5,1 atenciones por personas y un mínimo en 2009 con 3 atenciones por persona. En el caso de las mujeres, durante el período 2009 – 2020 se tuvo un promedio de 4 atenciones por persona al año con un máximo en el 2015 con 5 atenciones por persona y un mínimo en 2009 con 2,9 atenciones, en el caso de los hombres se encuentra un promedio de 4,2 atenciones al año durante el mismo periodo, con

un máximo de 5,2 atenciones por persona en los años 2015 y 2020, y un mínimo de 3,2 atenciones por persona en el 2009 (ver gráfico 27).

Gráfico No. 27. Número de atenciones realizadas por persona por trastornos mentales y del comportamiento 2009-2020



Fuente: MSPS – SISPRO, Cubo de información Prestación Servicios de Salud, fecha de corte diciembre 2020

Si bien es cierto el sistema de salud colombiano ha mostrado grandes avances en los últimos años, en las mesas de participación realizadas para la construcción de esta política se evidenció de manera reiterativa las dificultades para el acceso a la atención de especialistas, en cuanto a la oportunidad de las citas con especialista, la entrega de medicamentos, la calidad de la atención entre otros aspectos que no cuentan con una variable estadística, pero que sí es una necesidad importante.

En el período 2015 – 2020, la mayoría de los diagnósticos en trastornos mentales y del comportamiento a personas mayores corresponden a trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (28,9%), seguidos de los trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (25,3%) y los trastornos del humor (21,4%). Al analizar los diagnósticos por sexo, se encuentra que contrario a las mujeres, los hombres presentan una mayor proporción de diagnósticos en trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos que diagnósticos en trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, además resalta la amplia diferencia en la proporción de diagnósticos en síndromes del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos, esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes, y trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (5,1, 1,8 y 1 puntos porcentuales respectivamente) (Ver cuadro 7).

**Cuadro No 7. Diagnósticos en trastornos mentales y del comportamiento 2015-2020**

CIE-10	Subgrupo	Proporción mujeres	Proporción hombres
F40-F48	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	31,90%	23,70%
F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	24,50%	26,70%
F30-F39	Trastornos del humor	23,40%	17,90%
F50-F59	Síndromes del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos	6,00%	11,10%
F20-F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	4,90%	6,70%
F90-F98	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	3,10%	4,10%
F70-F79	Retraso mental	2,00%	2,70%
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,40%	3,10%
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico	1,70%	2,30%
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	1,00%	1,50%
F99	Trastorno mental no especificado	0,20%	0,20%

Fuente: MSPS – SISPRO, Cubo de información Prestación Servicios de Salud, fecha de corte diciembre 2020

5.4.3 Mortalidad

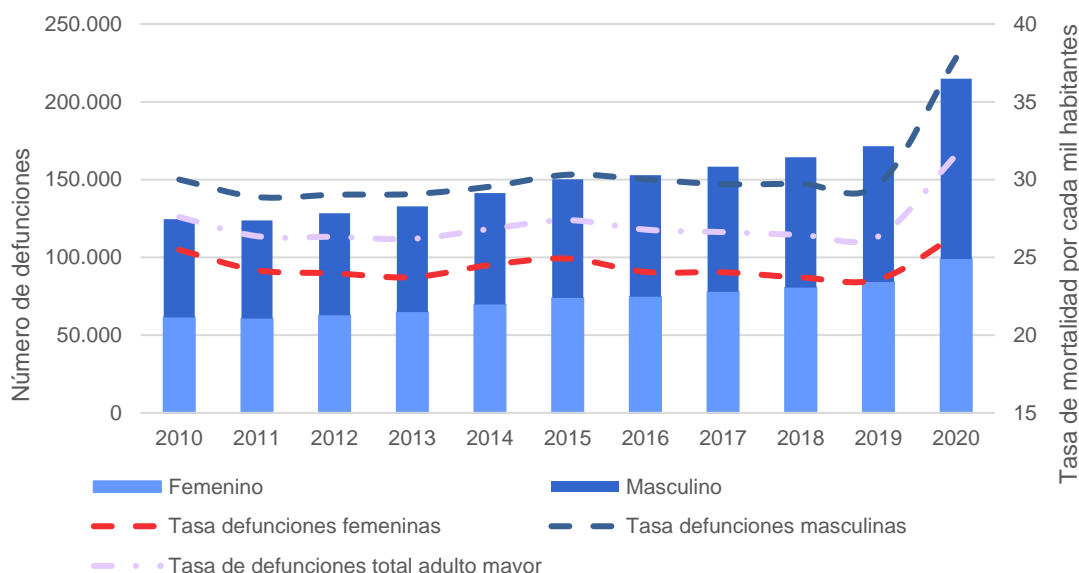
Pese a estos esfuerzos las cifras de prevalencia¹⁵ entre la población mayor siguen siendo elevadas. Así, por ejemplo, entre 2015 y 2020 la mayor cantidad de defunciones por enfermedades isquémicas del corazón ocurre entre personas de 65 y más años. Sólo en 2020 el 89% de las muertes por esta causa ocurrieron entre este grupo etario.

En el periodo 2010 – 2020 en Colombia se produjeron en promedio 151.164 defunciones al año de personas mayores de 60 años. En general la tendencia fue relativamente constante entre los años 2010 – 2019, con un pico importante en el año 2020 incrementando las defunciones en un 25% con respecto al año anterior. La brecha de defunciones por sexo se mantuvo relativamente constante durante el periodo de análisis siendo un 24% mayor en hombres, sin embargo, para el año 2020 la brecha se incrementó siendo un 43,1% mayor en las personas de sexo masculino. En valores absolutos, se observa que en las mujeres se presentan en promedio al año 24 defunciones por cada mil habitantes, mientras que en los hombres se presentan 30 defunciones por cada mil habitantes, con diferencia en

¹⁵ A partir de la información disponible en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones>

promedio de 6 muertes al año por cada mil habitantes, sin embargo, en 2020 la brecha se incrementó a 12 muertes al año por cada mil habitantes, lo que se podría explicar por la evolución del Covid-19 y una posible mayor exposición al virus de las personas de sexo masculino (Ver gráfico 28).

Gráfico No. 28. Mortalidad población mayor 2010-2020¹⁶

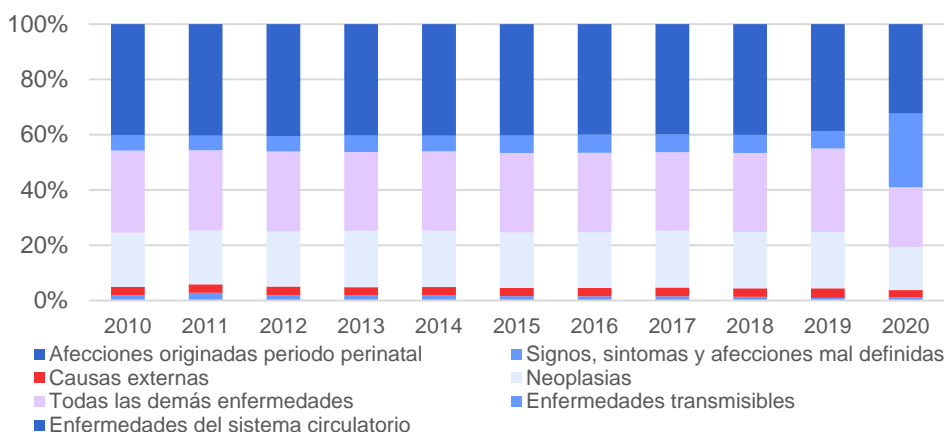


Fuente: MSPS – SISPRO, Cubo de información Estadísticas Vitales, fecha de corte diciembre 2020

Entre 2010 y 2020 la principal causa de muerte de la población mayor de 60 años estuvo asociada las enfermedades del sistema circulatorio con un 39%, causando en promedio 10,6 muertes al año por cada mil habitantes. Para 2020, las muertes a causa de enfermedades transmisibles llegaron a su máximo durante el período de análisis representando un 26,6% de las muertes de la población mayor durante el año causando 8,4 muertes por cada mil habitantes, en buena medida asociada con la pandemia de Covid-19. El grupo de las demás causas que se conforma como una agrupación de diagnósticos residuales cuenta con 14 subgrupos, en donde la mayor causa de defunciones se encuentra relacionada con enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, seguida por diabetes mellitus (ver gráfico 29).

¹⁶ Los gráficos se presentan de acuerdo con la desagregación de la fuente de información. Aunque se encuentra la desagregación utilizando los términos "femenino" y "masculino" en los registros del SISPRO, en la descripción y análisis de los datos se usan los términos "hombre" y "mujer".

Gráfico No. 29. Causas de mortalidad población mayor 2010-2020



Fuente: MSPS – SISPRO, Cubo de información Estadísticas vitales, Fecha de corte diciembre 2020

5.5 Problemas relacionados con factores personales y conductuales

Los factores personales y conductas en personas mayores se encuentran altamente influenciada por su entorno, en el que elementos sociales, económicos y su estilo de vida precedentes los que determinan sus condiciones en la vejez (Fernández-Ballesteros, 2011; Jiménez-Aguilera, Baillet-Esquivel, Ávalos-Pérez, & Campos-Aragón, 2016; Arango, Segura, Garzón, Segura, & Cano, 2016; Vega, 2018). De esta manera, la población mayor en Colombia enfrenta serios retos ligados a su entorno vinculados a bajos niveles de ingresos y hábitos de vida poco saludables que determinan no sólo su percepción acerca del estado de salud sino su realidad misma.

De un lado, en cuanto a la percepción en salud, debe tenerse en cuenta que es un concepto subjetivo, pues depende de la unión de los efectos de condiciones fisiológicas, funcionales, de bienestar psicológico y soporte social, hace parte de un proceso en el cual las personas mayores incorporan información acerca de su entorno y la transforman en experiencias pasadas y presentes, organizadas para construir y describir una situación real, en este caso de salud. (MSPS; Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, Colciencias; Universidad del Valle; Universidad de Caldas, 2016). Por otra parte, hábitos de vida poco saludables derivados de una alimentación no balanceada, así como alcoholismo, tabaquismo y una escasa actividad física y deportiva inducen a una mayor probabilidad de sufrir comorbilidades graves (Arango, Segura, Garzón, Segura, & Cano, 2016) así como una mayor propensión hacia la dependencia funcional llevando a la población mayor hacia una mayor incidencia y gravedad en las alteraciones permanentes sufridas, deteriorando así su calidad de vida.

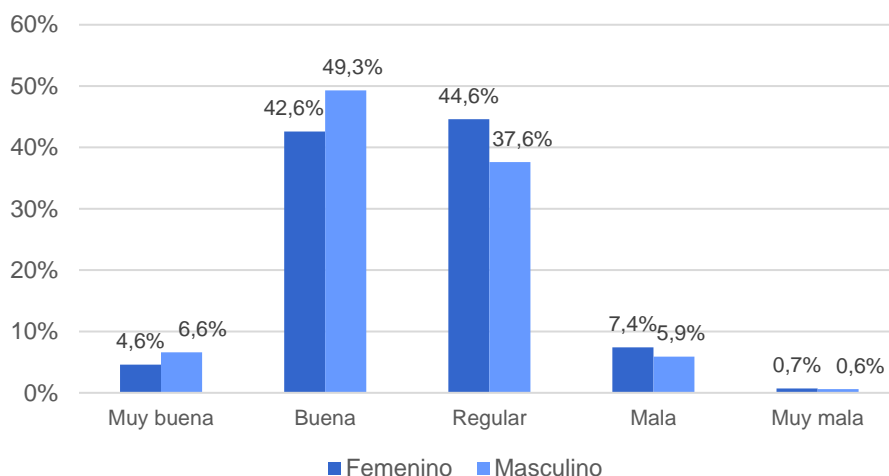
5.5.1 Baja autopercepción del estado de salud

Con base en los resultados obtenidos en la encuesta SABE realizada en el año 2015, representados en la gráfica 6.1, cerca de la mitad de las personas mayores en Colombia reportó una autopercepción de salud buena y muy buena (51,3%), mientras que sólo el 7,4% reportó una autopercepción de salud mala y muy mala, y en general la proporción de población mayor que refieren un estado de salud bueno o muy bueno es inversamente

proporcional a la edad de la persona. Estos resultados son consistentes con diferentes estudios realizados en el país sobre este aspecto, sin embargo, es importante señalar que, pese al buen estado de salud reportado, la prevalencia de comorbilidades -simples o múltiples - es mucho más alta que en cualquier otro grupo etario¹⁷ así como factores de riesgo en materia de depresión, principalmente si están solos¹⁸ y así como aspectos nutricionales (Arango, Segura, Garzón, Segura, & Cano, 2016; Curcio, Giraldo, & Gómez, 2020).

Pese a que en términos generales la autopercepción de salud es buena, la situación se torna diferente cuando se da una perspectiva de género. Siguiendo los resultados de la SABE las mujeres califican su salud peor que los hombres siendo aspectos como ansiedad, deterioro cognitivo, depresión y violencia/maltrato los que más inciden en la población femenina (Arango, Segura, Garzón, Segura, & Cano, 2016); a nivel socioeconómico persisten diferencias importantes en cuanto a la percepción de salud siendo las personas mayores pertenecientes a estratos altos y con mayor nivel educativo califican mejor su salud. Adicionalmente, el concepto de autopercepción de salud es un proceso en el cual las personas mayores incorporan información acerca de su entorno y la transforman en experiencias pasadas y presentes, organizadas para construir y describir una situación real, en este caso de salud (MSPS; Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, Colciencias; Universidad del Valle; Universidad de Caldas, 2016) (Ver gráfico 30)

Gráfico No 30. Autopercepción del estado de salud en la población mayor



Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta SABE, 2016

5.5.2 Hábitos de vida poco saludables y dependencia funcional

En el caso de la población mayor en Colombia, la mayor preocupación de las personas mayores se relaciona con la pérdida de movilidad a pesar de la alta prevalencia de condiciones crónicas, la conservación de la movilidad permite a la persona mayor saberse en la vejez, pero no sentirse viejo, mientras que la pérdida de movilidad los lleva a la dependencia física, la pérdida de independencia y de autonomía (MSPS; Departamento

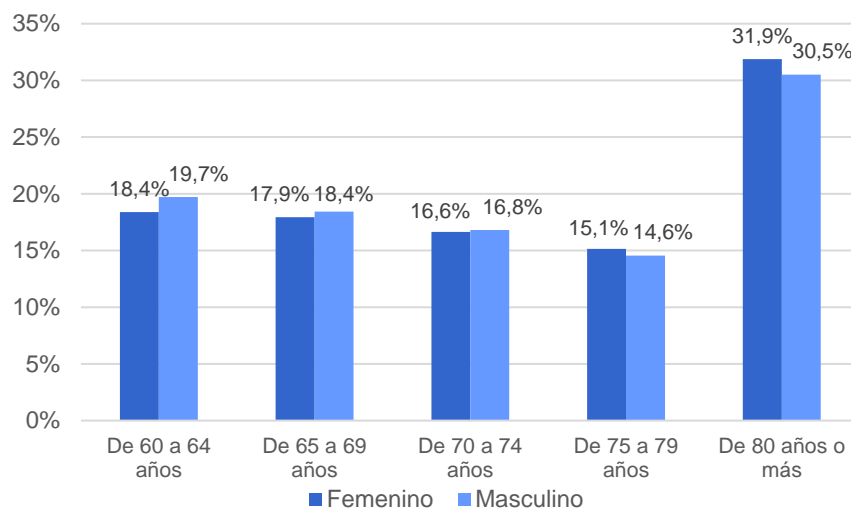
¹⁷ El 56.4% de las personas encuestadas indicó tener entre una y dos enfermedades crónicas.

¹⁸ Si la persona mayor es viudo, el factor de riesgo para sufrir depresión es del 36.4% en contraste con el 30.8% si es casado.

Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, Colciencias; Universidad del Valle; Universidad de Caldas: 2016).

Del total de personas que se encuentran incluidas en el Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad – RLCPD y que se identifican como vivas en RUAF-ND (1.319.049 personas), la población de 60 años o más corresponde al 38,8% (512.103) del total de la población que se encuentra en el registro. De este total de la población mayor, se observa que el 55,8% (285.645) son mujeres mientras que el 44,2% (226.449) son hombres; además de que para ambos sexos la mayor proporción se encuentra en población de 80 años o más (ver gráfico 31).

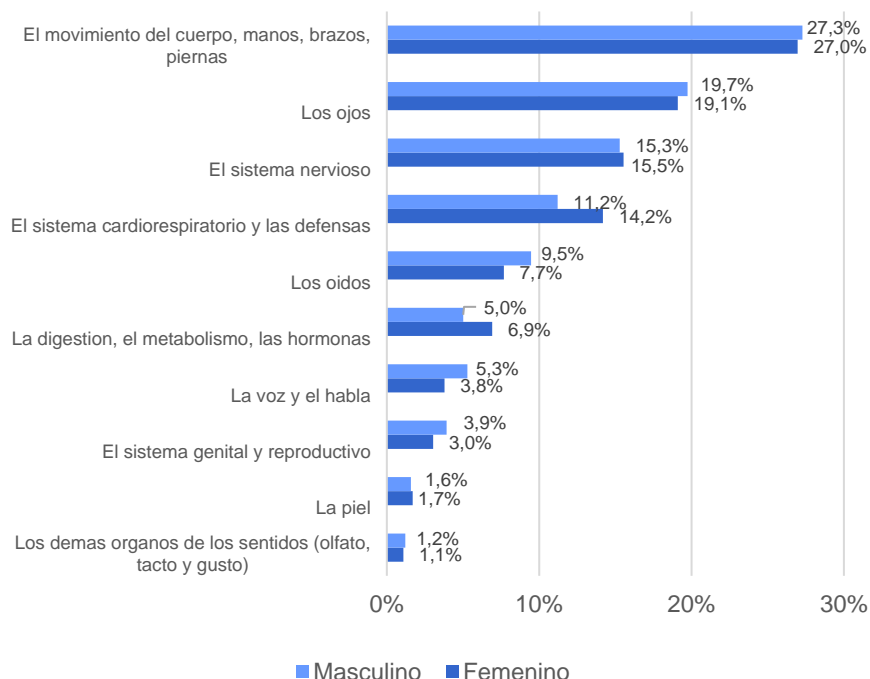
Gráfico No. 31. Distribución por sexo de población mayor incluida en el RLCPD



Fuente: MSPS – SISPRO, Cubo de información RLCPD, fecha de corte julio 2020

Dentro de las alteraciones permanentes que tiene la población mayor se observa que tienen la misma distribución tanto en mujeres como en hombres, donde la mayoría de la población sufre de alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, seguido de los ojos, el sistema nervioso y el sistema cardiorrespiratorio y las defensas. Cabe resaltar que, aunque se encuentra la misma distribución de alteraciones permanentes, se observan unas diferencias importantes en alteraciones del sistema cardiorrespiratorio y las defensas, los oídos, la digestión, el metabolismo y las hormonas, y la voz y el habla (Ver gráfico 32).

Gráfico No. 32. Distribución por sexo de las alteraciones permanentes de la población mayor incluida en el RLCPD

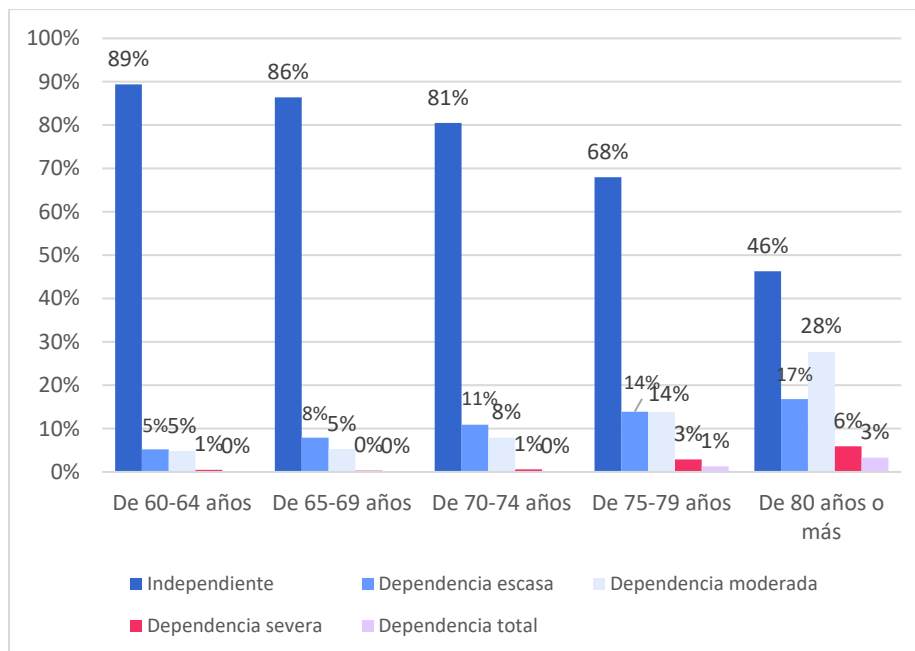


Fuente: MSPS – SISPRO, Cubo de información RLCPD, fecha de corte julio 2020

El nivel de dependencia funcional de las personas mayores se determina con base en las dificultades o limitaciones permanentes que pueda experimentar esta población para la realización de actividades de la vida diaria (AVD). Estas actividades a su vez se clasifican en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) las cuales agrupan actividades elementales como comer, bañarse y vestirse; y en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que implican una mayor complejidad motriz y cognitiva como por ejemplo cocinar, tomar medicamentos, y desplazarse en medios de transporte (Flórez et al., 2019).

De acuerdo con los resultados de la encuesta SABE en relación a la dependencia funcional de la población mayor para realizar actividades básicas de la vida diaria, el 89,4% de las personas entre 60 y 64 años es independiente, el 10,5% presenta algún grado de dependencia (escasa, moderada o severa) y el 0,1% presenta dependencia total; en el quinquenio de 65 a 69 años el 86,4% es independiente, el 13,5% presenta algún nivel de dependencia y el 0,2% es totalmente dependiente; y en los siguientes quinquenios se observa una distribución similar con una tendencia en aumento del número de personas dependientes. Particularmente, para el caso de las personas de 80 años o más el 46,3% es independiente, el 50,4% tiene algún grado de dependencia y el 3,3% es totalmente dependiente (ver gráfico 33).

Gráfico No. 33. Niveles de dependencia en Actividades Básicas de la Vida Diaria (Escala de Barthel) de personas mayores diferenciando por edad

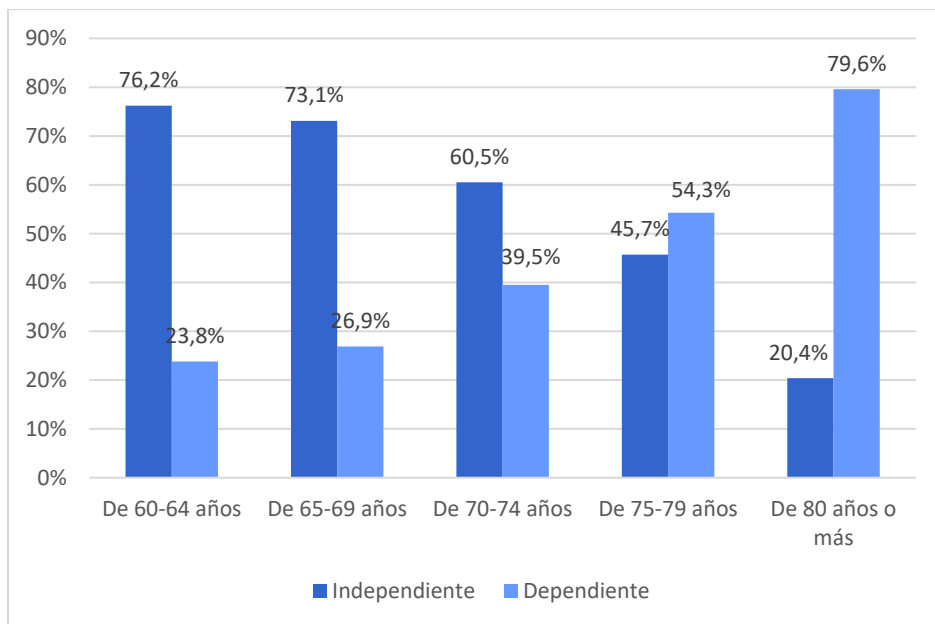


Fuente: MSPS, SABE 2016.

Los datos de dependencia funcional desagregados por sexo muestran que el 84,5% de los hombres población mayor son independientes, mientras que el 16,8% presenta algún nivel de dependencia, principalmente escasa (7,1%) y moderada (7,0%). De manera similar, el 74,5% de las mujeres son independientes y el 25,5% son dependientes, el 11,5% presenta dependencia escasa, y el 11,7% dependencia moderada.

Con respecto a la dependencia funcional para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria se observa que el 76,2% de las personas entre 60 y 64 años es independiente y el 23,8% es dependiente; el 73,1% en el quinquenio de 65 a 69 años es independiente y el 26,9% restante no; y el 60,5% de las personas entre 70 y 74 años es independiente y el 39,5% tiene algún grado de dependencia. Por su parte, en los siguientes quinquenios la distribución cambia, la proporción de personas dependientes es mayor en los rangos de edad entre 75 y 79 años y 80 años o más con un porcentaje equivalente a 54,3% y 79,6%, respectivamente (ver gráfico 34).

Gráfico No. 34. Dependencia en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de personas mayores diferenciando por edad

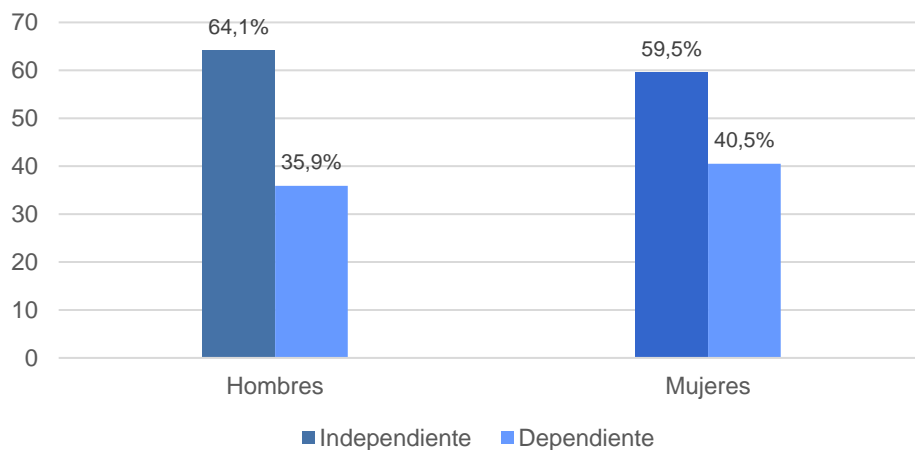


Fuente: MSPS, SABE 2016.

Los datos desagregados por sexo evidencian que el 64,1% de los hombres son independientes y el 35,9% son dependientes. En contraste, la brecha se reduce ligeramente para el caso de las mujeres, el 59,5% son independientes y el 40,5% restantes son dependientes para la realización de actividades instrumentales (ver gráfico 35).

Los resultados evidencian que las personas mayores presentan un mayor nivel de dependencia para la realización de actividades instrumentales en contraste con las actividades básicas de la vida diaria, debido a que las primeras implican una mayor capacidad motriz y cognitiva y la interacción de las personas con su entorno. Así mismo, la literatura indica que las capacidades se pierden en orden inverso al que se adquirieron (como se cita en MSPS et al., 2016), reflejando las necesidades de cuidado y asistencia de las personas mayores principalmente para la realización de actividades más complejas.

Gráfico No. 35. Dependencia en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de personas mayores diferenciando por sexo



Fuente: MSPS, SABE 2016.

5.5.3 Prevalencia de hábitos de comportamiento no saludables

De acuerdo con los datos de la encuesta SABE, el consumo de tabaco tiene una prevalencia del 12% en las personas mayores, mientras el 42% refieren ser exfumadores y el 46% refiere nunca haber fumado; se observa además que el grupo de fumadores disminuye a medida que aumenta la edad pasando de 15,5% de personas mayores de 60 años, a 5,5% en los mayores de 85 años (Ministerio de Salud y Protección Social; Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, Colciencias; Universidad del Valle; Universidad de Caldas, 2016).

En lo referente al consumo de alcohol, de acuerdo con los resultados de la encuesta SABE el 13,8% de personas mayores refirió haber consumido alcohol en el mes previo a la aplicación de la encuesta, presentando una relación inversa entre la edad de la persona y el consumo de alcohol pasando de un 18,5% entre las personas de 60 a 64 años a un 6% entre las personas de 85 años o más, sin embargo, la cantidad reportada fue menor a las cantidades de riesgo establecidas por la OMS. Adicionalmente, se observa que el consumo de alcohol incrementa a medida que aumentan los ingresos económicos y el grado de escolaridad, pasando de 11,3% entre quienes tienen ingresos menores a un SMMLV y de 83% en las personas sin ningún nivel educativo, a 29,5% en las personas mayores con ingresos superiores a cuatro SMMLV y 21,9% entre quienes tienen estudios universitarios o de posgrado (Ministerio de Salud y Protección Social; Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, Colciencias; Universidad del Valle; Universidad de Caldas, 2016).

De acuerdo con datos de la encuesta SABE, el 20% de las personas mayores refiere participar al menos tres veces por semana en actividades deportivas o ejercicios de carácter vigoroso, encontrándose con mayor frecuencia entre los hombres (26,4%) que entre las mujeres (14,5%); la actividad física además disminuye a medida que la persona es mayor pasando de 25,4% entre las personas de 60 a 64 años a un 7,3% entre las personas de 85 años o más. Además, se encuentra una relación inversa entre la actividad física y los ingresos de la persona mayor, pues entre quienes reportan tener ingresos menores a 1

SMMLV el 15,7% reporta realizar este tipo de actividades, mientras que entre quienes reportan ingresos mayores a 4 SMMLV el 36,2% participa de actividades físicas; situación similar a la presentada en el grado de escolaridad, donde entre quienes no cuentan con ningún nivel educativo el 9% realiza actividades físicas, mientras el 36,4% de quienes cuentan con estudios universitarios o de posgrado realizan este tipo de actividades (Ministerio de Salud y Protección Social; Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, Colciencias; Universidad del Valle; Universidad de Caldas, 2016).

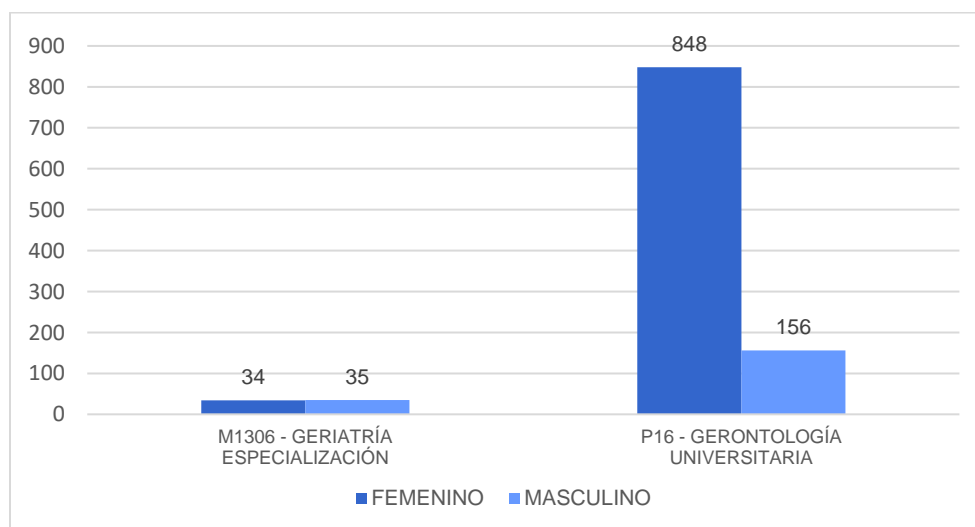
5.6 Insuficiente talento humano para la atención en salud, el cuidado formal y la atención integral de la persona mayor

El eventual aumento de la dependencia funcional, así como de algunas enfermedades que trae consigo una mayor expectativa de vida de las personas mayores abre la discusión sobre la importancia de la formación y cualificación de cuidadores tanto formales como informales (Fedesarrollo y FSC, 2015).

De acuerdo con el Sistema de Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) en el año 2019 se reportan tres programas de posgrado en el nivel de especialización (Geriatría, Medicina Interna – Geriatría, y Psicogerontología) y un programa de pregrado (Gerontología) que se relacionan directamente con la atención integral de las personas mayores. Los programas se ofertan en 6 instituciones de educación superior ubicadas en el Distrito Capital (Bogotá) y en tres departamentos: Antioquia, Caldas, y Quindío.

Al consultar el Registro de Talento Humano en Salud (ReTHUS) se encuentran en total 1073 profesionales registrados, 1004 en la profesión de Gerontología (848 hombres y 156 mujeres) y 67 profesionales especializados en Geriatría (35 hombres y 34 mujeres). Otras profesiones o especializaciones que pudieran tener una relación directa con la atención integral a personas mayores no se encuentran en dicho registro (Ver gráfico 36).

Gráfico No 36. Número de profesionales según tipo de programa y sexo

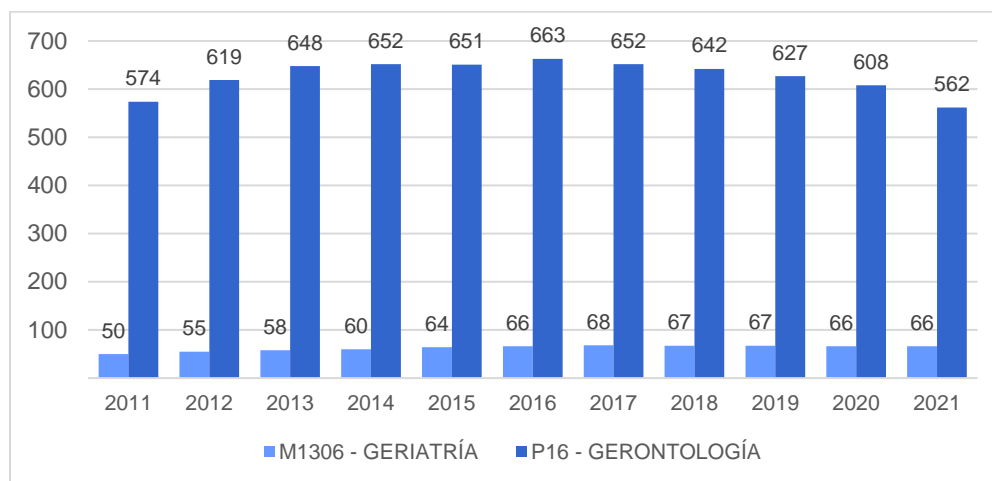


Fuente: SISPRO, RETHUS. Fecha de corte junio de 2021.

Al analizar la tendencia de la oferta de profesionales de la salud en estas dos áreas desde el año 2011, que se encuentran activos por los aportes generados a seguridad social en salud, se observa que el comportamiento ha sido muy similar. El número de profesionales

en Gerontología ha presentado un leve incremento con el pico más alto en 2016 (663), año a partir del cual empiezan a descender y, de igual forma, los profesionales especializados en Geriatria presentan un leve aumento, siendo el año 2017 el pico más alto (68), seguido por un menor número de personas en los últimos años (Ver gráfico 37).

Gráfico No 37. Número de profesionales según tipo de programa y periodo de cotización a seguridad social 2011-2021



Fuente: SISPRO, RETHUS. Fecha de corte junio de 2021.

Los resultados muestran que en cuanto a los niveles de formación profesional y especializada la oferta no es muy diversa y se concentra solamente en la región central del país, generando dificultades por la falta de profesionales especializados en los programas académicos señalados en el resto del territorio. Así mismo, cabe destacar que en el pregrado predominan los hombres con una diferencia ampliamente significativa y en el posgrado la proporción es muy similar entre hombres y mujeres. Lo anterior sugiere la importancia de generar incentivos para que los estudiantes se dediquen a estas áreas de la salud como un escenario posible con un alto potencial para el ejercicio profesional (Fedesarrollo y FSC, 2015).

Es importante resaltar que la atención a las personas mayores es un proceso interdisciplinario que requiere la intervención de diferentes disciplinas de la salud y que es vital cualificar estos profesionales a la atención de esta población.

Por otra parte, según el Sistema de Información de la Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (SIET) el país cuenta con 1.269 programas de formación para la obtención de certificación de tipo Técnico Laboral en atención, asistencia y/o cuidado integral de las personas mayores; auxiliar de hogar geriátrico; y geriatría y gerontología. Los programas se ofrecen en 95 instituciones de todo el territorio nacional, distribuidas en 20 departamentos y el distrito capital. Los departamentos que reportan el mayor número de programas son Antioquia (432), Valle del Cauca (124), Arauca (114) y Risaralda (101) y los departamentos con el mayor número de instituciones son Antioquia (20), Valle del Cauca (11), Meta (11) y Caldas (10). Adicionalmente, el costo promedio de un programa es de aproximadamente 2.3 millones de pesos; el programa con el costo más alto se ofrece en Cundinamarca, mientras que el más económico se encuentra en Cesar, con un costo de 491 mil pesos.

Así mismo, al consultar los cursos especiales impartidos por los centros de formación del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) se encuentra un curso en modalidad presencial relacionado con la atención integral de personas mayores denominado “Aplicación de programas de actividad física en personas mayores”. Este curso se ofrece en Bogotá y en cinco departamentos: Cundinamarca, Risaralda, Santander, Sucre y Valle del Cauca, los cuales cuentan con 6 centros de formación, 7 cursos, y 215 aprendices en proceso de formación.

Para el nivel técnico la oferta es más amplia y se distribuye a lo largo y ancho del territorio, no obstante, de acuerdo con la información reportada los cursos especiales que ofrece el SENA se limitan a un solo tema, específicamente para la formación de preparadores físicos, y se encuentran en un número reducido de departamentos.

Por último, aunque se han iniciado procesos de formación para cuidadores formales e informales es probable que entre las barreras para acceder a los programas ofertados se encuentren el costo o la falta de tiempo disponible, aunado a la oferta limitada de programas o de entidades territoriales con instituciones o centros de formación que abordan temas referentes a la atención integral de personas mayores (Flórez et al., 2015) Por lo tanto, es necesario seguir avanzando en fomentar la formación de talento humano y la creación de procesos de cualificación de los cuidados informales para dar respuesta a la demanda de cuidado de las personas mayores e incidir positivamente en su bienestar.

6. Presentación de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez

6.1 Objetivo general

Garantizar las condiciones necesarias para el desarrollo del envejecimiento activo y saludable y de una vejez digna, autónoma e independiente en condiciones de igualdad, equidad y no discriminación, en el marco de la protección de los derechos humanos y bajo el principio de corresponsabilidad individual, familiar, social y estatal.

6.2 Objetivos específicos

Desarrollar e implementar estrategias intersectoriales para reducir las desigualdades e inequidades económicas y sociales que enfrentan las personas mayores en el territorio nacional.

Generar estrategias intersectoriales para la inclusión y participación efectiva de las personas mayores en espacios de incidencia y eliminar toda forma de discriminación.

Garantizar la protección legal, el buen trato y la eliminación de las violencias contra las personas mayores.

Establecer los lineamientos y criterios para la formulación de planes, programas, proyectos, y servicios dirigidos a la atención de las personas mayores, que garanticen el acceso, la calidad y oportunidad en el marco de una estructura institucional de servicios sociosanitarios y/o de cuidados de largo plazo.

Implementar acciones y ajustes normativos que promuevan y apropien la cultura del envejecimiento activo y saludable en el país articuladas con otras políticas y programas intersectoriales.

Promover la formación, capacitación y actualización a lo largo de la vida, para el desarrollo personal y profesional de las personas mayores y de la población en general y fomentar la investigación en el envejecimiento activo, la vejez y la atención digna y humanizada.

6.3 Principios y enfoques de la política pública

Se arrogan de manera integral los cinco principios en favor de las personas mayores, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991 y siete enfoques de política. En conjunto, guardan coherencia con las garantías constitucionales y legales que mantiene el Estado Social de Derecho colombiano para la población en general y para las personas mayores en particular. De ellos se predicen los derechos inalienables de la persona¹⁹, así como los políticos, económicos y colectivos. Del mismo modo, el respeto por la dignidad humana, la igualdad –real y efectiva– ante la ley sin discriminación, el reconocimiento por la diversidad y la concurrencia solidaria del Estado, la sociedad y la familia en la protección y asistencia de las personas mayores, en su integración a la vida productiva y comunitaria y en la provisión de los servicios de la seguridad social integral.

6.3.1 Principios que rigen la política

La Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez se ha basado en diferentes documentos que orientan sus componentes conceptuales y estratégicos, así como sus metas y acción, entre ellos los principios consagrados en los artículos 1 y 3 de la Constitución Política, y en las convenciones y acuerdos internacionales adoptados por el país para la protección de las personas mayores, pero ha adopta las definiciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas expedida mediante la Resolución 46 de 1991, Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y la Convención para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y la legislación colombiana vigente se tendrán en cuenta los siguientes principios:

Dignidad: Las personas mayores deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y malos tratos físicos y mentales. Deberán recibir un trato digno independientemente de la edad, sexo, género u orientación sexual, procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica

Independencia: Las personas mayores tienen derecho a poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible, a tener la posibilidad de vivir en entornos seguros, a tener acceso a programas educativos y de formación adecuados, a participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejaran de desempeñar actividades laborales, a tener ingresos y apoyos de sus familias que garanticen su autosuficiencia o del Estado si se encuentran en una condición de alta vulnerabilidad.

Autorrealización: Las personas mayores deberán poder aprovechar las oportunidades

¹⁹ Los derechos inalienables son aquellos considerados como fundamentales, los cuales no pueden ser legítimamente negados a una persona. Este tipo de derechos son irrenunciables. Ningún sujeto puede desprenderse de ellos, ni siquiera por propia voluntad. Ningún gobierno o autoridad tiene competencia para negarlos y no existe orden jurídica posible o castigo que pueda privar a una persona de estos derechos. Los derechos inalienables son inherentes al individuo por el solo hecho de pertenecer a la especie humana. Esto significa que la forma en la que se adquieren es involuntaria. Desde el momento en el que un individuo nace los posee y no puede desprenderse de ellos hasta el día de su muerte, forman parte de su esencia y su desarrollo normal. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/issues/pages/whatarehumanrights.aspx>

para desarrollar plenamente su potencial, deberán tener acceso a los recursos económicos, familiares, sociales, educativos, laborales, culturales, recreativos para poder desarrollar su propio proyecto de vida.

Participación: Las personas mayores deberán permanecer integradas a la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente su bienestar, y en espacios de incidencia territorial y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes, poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de realizar acciones de voluntariado en puestos apropiados a sus intereses y capacidades, poder formar movimientos de personas mayores.

Cuidados: Las personas mayores deberán disponer de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad, y el estado de ser necesario, tener acceso a servicios de atención en salud, que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional así como prevenir o atender la aparición de la enfermedad, tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mejores niveles de autonomía y protección, poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales, estos cuidados se prioriza que sean brindados en su vivienda, pero cuando residan en instituciones se deben garantizar servicios de calidad, respeto a su dignidad, creencias, necesidades e intimidad.

Corresponsabilidad: comprende la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos las personas mayores, por parte de ellos y ellas, las familias, la sociedad y el Estado quienes son corresponsables en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación.

6.3.2 Enfoques que rigen la Política

Enfoque de Derechos: comprende un conjunto de decisiones y acciones que el Estado diseña, implementa, monitorea y evalúa a partir de un proceso permanente de inclusión, deliberación y participación social efectiva, con el objetivo de proteger, promover, respetar y garantizar los derechos humanos de todas las personas, grupos y colectividades que conforman la sociedad, bajo los principios de igualdad y no discriminación, universalidad, acceso a la justicia, rendición de cuentas, transparencia, transversalidad e intersectorialidad (Comisión Interamericana de Derechos Humanos – CIDH: 2018)

Enfoque Diferencial: es una construcción cultural e histórica en la que confluyen la necesidad de reconocer y tener en cuenta la identidad, la diversidad y las diferencias individuales y de los colectivos como titulares de derechos, con el fin de adoptar medidas que hagan real y efectiva la igualdad. Es un lineamiento estratégico imprescindible en las acciones de política pública, orientado a generar las condiciones para la igualdad de oportunidades y el desarrollo social integral, considerando las diferencias poblacionales, regionales y características específicas de los colectivos humanos, para garantizar la atención oportuna, eficiente y pertinente y el ejercicio de sus derechos. Se articula con el enfoque de derechos apelando a los principios dignidad humana, universalidad, igualdad, no discriminación e inclusión social, de donde se derivan acciones preferenciales y diferenciales hacia los grupos vulnerables o excluidos de la sociedad²⁰ (MSPS, 2021)

²⁰ A partir del Acto Legislativo 02 de 2017, el enfoque diferencial adquiere Rango Constitucional. Específicamente, en la Ley 1438 de 2011 que reforma

Considera en consecuencia, las vulnerabilidades por razones de edad, raza/etnia, la perspectiva de género, orientación sexual, condición social, habitanza en calle y territorialidad –en términos del hábitat urbano / rural, centros poblados y rural disperso–, personas privadas de la libertad, víctimas del conflicto armado, migrantes, personas con discapacidad y excombatientes de los grupos irregulares en proceso de reincorporación.

Enfoque de Género: Es una perspectiva de análisis y para la acción que permite visibilizar las desigualdades, discriminaciones y violencias en razón del sexo, la identidad o expresión de género y orientación sexual, así como el ejercicio del poder y los roles que ejercen mujeres y hombres. Así mismo, detecta los factores de desigualdad que afectan a hombres y mujeres en la vida familiar, la sociedad, en el trabajo, la política y demás ámbitos de interacción humanos (Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021 MSPS, 2013)

Enfoque de Curso de Vida: El curso de vida (o ciclo o transcurso de vida) es un abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada una de las etapas del desarrollo humano. Reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes y que, el mayor beneficio de un momento vital, se deriva de intervenciones previas en periodos vitales anteriores (PDSP 2012-2021 MSPS, 2013).

Enfoque Territorial: Determina un abordaje integral que permite superar la visión sectorial, al reconocer la complejidad y diversidad de los territorios y de sus estructuras productivas y complementarias a través de la identificación del capital natural, humano, social, físico y financiero como soportes básicos de la economía de los territorios, con lo cual se favorece una visión multidimensional del manejo de los recursos naturales, donde lo medioambiental, lo económico, lo social y lo político-institucional interactúan en el territorio. Este enfoque abre espacios para la articulación y distribución de responsabilidades, según las competencias de cada actor y sector en el territorio (Calvo y Carvallo, 2015; Calvo, Guillen; Pérez-Hoyos, Romero-Amaya, 2020). Permite que las directrices de la política sean implementadas acorde con la realidad social, política y económica de los territorios, es decir que sean flexibles e integrales, incluyendo activamente a sus pobladores, de manera que se superen las intervenciones sectoriales y poblacionales (Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2021-2031 MSPS, 2021).

Enfoque Intersectorial: Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población (Ley 1438 de 2021). Responde a un requisito indispensable para hacer efectiva la gestión pública desde una mirada integral del desarrollo, el seguimiento y la evaluación de los logros planteados en las políticas, con el fin último de mejorar la calidad de vida, a través de un compromiso de cerrar las brechas evitables y avanzar hacia mayores niveles de equidad, evitando la duplicidad y desarticulación de los esfuerzos. Implica la construcción de agendas locales o territoriales que incluyan la definición y desarrollo de objetivos comunes que permitan articular las acciones al interior de cada sector, entre sectores y entre lo institucional y social, incluida la comunidad y por otro lado, generar mecanismos de coordinación, alianzas estratégicas, de cooperación e integración y potenciar los recursos de las distintas entidades y niveles del Estado (PDSP 2012-2021 MSPS, 2013).

el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, este enfoque permite visibilizar que las desigualdades se articulan, generando necesidades y vulnerabilidades específicas, para cuya atención se requiere a su vez de acciones que reconozcan esta especificidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022. Ver: Sistema de gestión de la calidad, proceso de transversalización del enfoque diferencial (2021).

Enfoque de Interseccionalidad: Perspectiva bajo la cual el sexo, la identidad o expresión de género y orientación sexual al conjugarse con otras características como la etnia, el ingreso económico, la edad, la discapacidad, entre otras, pueden generar situaciones de mayor ventaja o desventaja social. Este enfoque permite visibilizar que las desigualdades se articulan, generando necesidades y vulnerabilidades específicas, para cuya atención se requiere a su vez de acciones que reconozcan esta especificidad. La inclusión en la política permite analizar, diseñar o ajustar acciones adecuadas a las diversas condiciones o situaciones de las personas mayores en toda su diversidad. (MSPS, 2022)

6.4 Ejes estratégicos y líneas de acción de la política

Teniendo en cuenta las condiciones del envejecimiento y de experiencia de vida de las personas mayores en Colombia, junto con los avances y desafíos normativos, programáticos, culturales, sectoriales e intersectoriales disponibles al respecto y descritos previamente, la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, se organizó y estructuró a partir de los siguientes ejes estratégicos, los cuales desarrollan, a su vez, las líneas de acción que se describen posteriormente:

- Eje 1. Superación de las desigualdades en las personas mayores.
- Eje 2. Promoción de la participación, la inclusión y el buen trato hacia las personas mayores.
- Eje 3. Atención a la dependencia y organización del cuidado.
- Eje 4. Envejecimiento activo y saludable.
- Eje 5. Formación e investigación. (Ver cuadro resumen en Anexo 3)

6.4.1 Eje estratégico 1. Superación de las desigualdades en las personas mayores

El reto de este eje se centra en la construcción de condiciones favorables que garanticen la superación de las desigualdades e inequidades sociales en la vejez, en términos de seguridad de ingresos, servicios sociales y los derechos al empleo, empleabilidad y emprendimiento, promoción social y seguridad económica, salud, vivienda, cultura, recreación, actividad física y deporte, accesibilidad y movilidad y promoción del acceso y uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Se parte de reconocer la urgencia de incorporar eficazmente a las personas mayores en las estrategias, políticas y acciones socioeconómicas, para conseguir, progresivamente, la plena realización del derecho a disfrutar del grado máximo de salud física posible, de un ambiente y hábitat sanos, accesibles y seguros y de un óptimo uso del tiempo libre. Así mismo, garantizar su participación en la vida social, cultural y deportiva del país y asegurar la erradicación de la pobreza entre este colectivo, por la vía de un ingreso estable y de oportunidades laborales satisfactorias y productivas y de emprendimiento, no sólo para asumir su propio proyecto de vida, sino también para promover su inclusión en el desarrollo económico del país, considerando sus especificidades, competencias y recursos humanos o sus requerimientos para ampliar o actualizar sus conocimientos.

Líneas de acción 1. Promoción de la empleabilidad, empleo, generación de ingresos y emprendimiento

Esta línea está encaminada a favorecer la independencia y la autonomía económica de las personas mayores, como una opción para mejorar su calidad de vida y en el medio para cumplir los requisitos de acceso a una pensión de jubilación o a los esquemas flexibles de

protección para la vejez.

Se plantea diseñar, socializar e implementar estrategias para fortalecer la inclusión laboral de las personas mayores, eliminando prácticas discriminatorias en la contratación en el último ciclo de la vida, incluyendo el enfoque de atención diferencial a personas mayores en las políticas activas de empleo (tales como servicios de búsqueda de ofertas, capacitación y formación para el trabajo e incentivos para la contratación y creación de puestos de trabajo) y en servicios y ofertas para el emprendimiento.

En este sentido, se requiere implementar normas, planes, programas y proyectos para fortalecer el empleo y procurar la reintegración en el mercado de trabajo de los desempleados, contando con la participación del sector productivo y las organizaciones de y para personas mayores. Así mismo, promover entre los empleadores actitudes favorables a la capacidad productiva de los trabajadores de edad, estimular una oferta de formación por tipos de actividades y oficios que se pueden asignar a las personas mayores trabajadoras y regular los procedimientos para verificar el cumplimiento de requisitos por parte de las empresas empleadoras, que accedan a beneficios tributarios u otros tipos de incentivos, en contraprestación por la vinculación de personas mayores.

En materia de emprendimiento es preciso alentar la inclusión y la participación de proyectos que incluyan a las personas mayores, así como ofertas y servicios específicos dirigidos a esta población, garantizando el acceso a líneas de crédito en condiciones blandas, el acompañamiento técnico y el acceso a mercado para estas iniciativas.

Líneas de acción 2. Protección y garantía del derecho a la salud

Esta línea busca garantizar el derecho a la salud para las personas mayores, manteniendo la cobertura actual en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y mejorando la disponibilidad y el acceso a la prestación de los servicios en todo el territorio nacional, particularmente, en la zona rural. En coherencia con este propósito, el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, se constituye en un objetivo ineludible para desarrollar un modelo más inclusivo, equitativo, costo-eficaz y efectivo.

Así mismo, mejorar la salud física y mental de las personas mayores –desde la promoción y prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos– ampliando la cobertura de los mecanismos de acceso y atención mediante la implementación de herramientas tales como la telemedicina. La implementación de este mecanismo busca superar barreras de acceso y mejorar la oportunidad en la atención de las personas mayores, particularmente, para aquellas que residen en zonas dispersas, o que presentan altos niveles de dependencia funcional.

Los planes de desarrollo territorial y los planes territoriales de salud deben seguir los lineamientos en materia de salud física y mental y realizar un seguimiento periódico a la calidad en el acceso a los servicios para las personas mayores y sobre las barreras de acceso a los mismos.

Igualmente, resulta imprescindible incorporar en la práctica clínica los nuevos conocimientos científicos y los desarrollos de la innovación biomédica, a través de la adaptación y/o actualización de las guías de práctica clínica, para optimizar la atención de los pacientes y prevenir, tratar y rehabilitar la multimorbilidad prevalente en personas mayores, así como síndromes geriátricos y factores de riesgo predictores de discapacidad,



dependencia funcional y mortalidad evitables.

Líneas de acción 3. Promoción del derecho a la vivienda digna y de hábitats naturales sanos

Desde este frente de la política se busca favorecer la tenencia de vivienda en las personas mayores, considerando que representa una garantía para vivir dignamente durante la vejez y un medio para generar bienestar en el núcleo familiar.

En este sentido, se busca promover el acceso a créditos en condiciones blandas, dirigidos a las personas mayores o para hogares con personas mayores con destino a la adquisición de vivienda propia o su mantenimiento, a través de entidades cooperativas, cajas de compensación familiar o la banca pública y mediante la focalización y ampliación de la cobertura de subsidios. Adicionalmente, es necesario promover el acceso de las personas mayores a viviendas con sistemas de saneamiento básico apropiados.

La garantía para la prestación de los servicios públicos domiciliarios debe incluir el desarrollo de esquemas diferenciales y alternativos de aprovisionamiento de agua y saneamiento, en especial en el ámbito rural. Entre estas alternativas, se encuentran los sistemas de usos múltiples del agua (soluciones de abastecimiento colectivas que suministran agua para consumo humano y también para uso agrícola) y las soluciones individuales para las zonas rurales dispersas, que permitan el acceso al agua potable en los hogares con personas mayores.

Para las personas mayores víctimas del conflicto armado que han sido despojadas de sus predios y que han visto afectado su proyecto de vida rural, es perentorio desarrollar acciones que aseguren su acceso a la propiedad de la tierra, priorizando los casos en los que aplique, la respuesta efectiva a sus solicitudes de restitución de tierras.

Así mismo, es importante desarrollar mecanismos e instrumentos jurídicos permanentes para proteger a las personas mayores contra los desalojos forzados, así como a las poblaciones más vulnerables como las personas mayores habitantes de calle.

En relación con los hábitats naturales, esta línea de acción se orienta al fomento del pleno desarrollo de las personas mayores en armonía con la naturaleza, de manera segura y en un lugar adecuado, para que puedan continuar su desarrollo personal con participación social, potenciando su independencia, autonomía y salud.

Líneas de acción 4. Promoción de la cultura, ocio y aprovechamiento del tiempo libre

Esta línea pretende desarrollar el derecho a la cultura en la cual se reconoce y valora el saber acumulado de las personas mayores y su papel vital en la consolidación de patrones culturales propios de las sociedades y en sus diferentes manifestaciones a través de la música, cantos, coplas, juegos, rituales, comidas y todo tipo de tradiciones de arraigo. Estas cobran un papel protagónico en el caso de la ancestralidad y la ruralidad de donde provienen tradiciones incluso milenarias.

Es importante destacar el estímulo al intercambio generacional, para la conservación de las tradiciones, así como su estudio, registro, difusión y posicionamiento en la identidad cultural del país, más aún en sociedades globalizadas en las cuales las prácticas tradicionales corren riesgo de desaparecer. Es de anotar que, respecto al intercambio intergeneracional,

esta Política reconoce y busca visibilizar el papel de las personas mayores como sujetos de saberes y conocimientos, que conservan en su mente y cuerpo la memoria histórica, la tradición y la cultura que puede compartirse con otras generaciones a partir del diálogo de saberes.

Además, la línea de acción busca favorecer la participación de las mujeres y hombres mayores en la vida cultural y artística de la comunidad, así como en la construcción de espacios sociales que promuevan, incorporen y desarrollen creencias y prácticas del envejecimiento como proceso simbólico complejo, de cambios múltiples, común a la especie humana. La familia, la escuela, el mundo del trabajo, los medios de comunicación y la comunidad, constituyen los principales espacios propicios para facilitar esta construcción.

De otra parte, se requiere fortalecer programas y proyectos en los cuales las personas mayores sean productoras de cultura, haciendo los ajustes necesarios en los procesos de convocatoria, para facilitar su acceso a la información y facilitando su participación. Por último, se requiere desarrollar e implementar los lineamientos intersectoriales para la implementación de la Ley 1091 de 2006 para el reconocimiento del “colombiano y colombiana de oro”.

En términos de consumo cultural, es importante fomentar en la población mayor su participación en espacios de difusión cultural como exposiciones, ferias, museos, bibliotecas, conciertos, garantizando que, para el acceso a dichos espacios, cuenten con tarifas preferenciales, según lo establecido en la Ley 1171 de 2007, por medio de la cual se determinan este tipo de beneficios para las personas mayores.

Líneas de acción 5. Fomento de la actividad física, el deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre

Esta línea de acción busca el desarrollo progresivo del derecho a la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y el deporte e incluye la participación de las personas mayores en actividades recreativas y deportivas y en el fortalecimiento de relaciones intergeneracionales que faciliten compartir juegos y deportes ancestrales con otros, aportando desde sus saberes, experiencias y capacidades.

Por otro lado, la práctica de la recreación, la actividad física y el deporte cobran un papel importante en la vejez, en la conservación de habilidades y destrezas motoras y cognitivas, en la prevención y/o control de algunas enfermedades, así como en la interacción social que se deriva de su práctica, evitando el aislamiento que puede llevar a afectaciones psicosociales.

Para alcanzar la realización de esta línea se requiere promover programas encaminados tanto a la promoción de la actividad física, como al desarrollo de la práctica deportiva en las personas mayores. También es necesario desarrollar estrategias lúdicas y recreativas para el adecuado manejo del tiempo libre y la práctica de juegos y deportes tradicionales y no tradicionales.

Líneas de acción 6. Fomento de la protección social y la seguridad económica

Esta línea promueve el desarrollo de acciones intersectoriales de protección social a las personas mayores, especialmente aquellas que están en condiciones de alta vulnerabilidad,

entre ellas aquellas que viven en zonas rurales y dispersas, víctimas del conflicto armado, personas en proceso de reincorporación, pertenecientes a comunidades y pueblos étnicos, entre otras.

Al respecto, es necesario identificar y dar respuesta a las personas mayores que se encuentran en franca desventaja y que, por diferentes circunstancias, no disponen de fuentes de recursos como el ahorro, la renta, la pensión, el trabajo o están en pobreza y, por ende, en riesgo de garantía de sus necesidades básicas. En este sentido, es preciso mejorar la focalización, realizar los análisis necesarios para identificar la necesidad de incrementar los subsidios disponibles en los programas vigentes y facilitar el acceso a subsidios dirigidos a las personas mayores que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad económica y dificultades para solventar sus necesidades básicas.

Se considera necesario aumentar la cobertura en todos los mecanismos disponibles de seguridad económica para el adulto mayor, incluyendo la cobertura del sistema pensional, los subsidios a la demanda, beneficios económicos periódicos y demás programas que tengan esta finalidad.

Líneas de acción 7. Fomento de la accesibilidad y movilidad

El derecho a la accesibilidad y la movilidad hace referencia a las intervenciones destinadas a garantizar el desplazamiento de las personas mayores de manera segura y autónoma en los diferentes espacios físicos, en el servicio público de transporte e infraestructura de un territorio, así como el acceso y circulación en espacios, edificios públicos y escenarios sociales contando o no con una ayuda técnica.

A esto se suma la necesidad de garantizar el acceso y atención preferencial y personalizada en ventanillas y espacios de atención al usuario en entidades públicas y privadas, evitando tiempos de espera innecesarios, aplicando las respectivas normas de señalética universal.

En este sentido, se requiere promover programas y proyectos encaminados a la promoción de un espacio público libre de barreras y contaminación visual y auditiva, así como a la circulación libre y segura de las personas mayores en entornos urbanos y rurales. Se requiere también, desarrollar las adecuaciones que permitan el acceso seguro y en condiciones de accesibilidad universal de las personas mayores al transporte, los espacios deportivos, de recreación, cultura, turismo, de prestación de servicios y en instalaciones públicas y privadas.

De otro lado, es necesario favorecer el acceso de las personas mayores a la asistencia humana o animal o a dispositivos o tecnologías que faciliten su movilidad accediendo a estos a costos asequibles para personas mayores con discapacidad.

Líneas de acción 8. Promoción del acceso y uso de las tecnologías de la información y la comunicación – TIC y alfabetización digital

En la construcción de esta línea de acción se reconoce que la falta de acceso a tecnologías de la información y comunicación para las personas mayores puede marginarlas y privarlas del desarrollo de funciones económicas y sociales, debilitando sus fuentes tradicionales de apoyo. En consecuencia, acercar las tecnologías a las personas mayores, puede contribuir a reducir la soledad, asegurar el derecho a la información de valor, mantener los vínculos familiares y sociales, incluidos los usos cotidianos como herramientas para el recordatorio

de compromisos y toma de medicamentos y, en mayor escala, para el acceso a otros servicios como la Telemedicina, bancarios y educación virtual y teletrabajo, que sumados constituyen mecanismos de promoción del envejecimiento activo, la estimulación cognitiva, la rehabilitación y la inclusión social y productiva.

Con el fin de superar la brecha digital entre las personas mayores, se debe buscar en primer lugar, la promoción de acciones público - privadas para incrementar el acceso al servicio de internet en los hogares en los cuales predominan las personas mayores y tengan vulnerabilidad económica, un propósito que pasa por expandir el servicio de conectividad a internet en las zonas rurales. Así mismo, es necesario estimular el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en las personas mayores y promover estrategias para su capacitación, alfabetización digital, participación y adaptación a los cambios tecnológicos.

Es importante tener en cuenta aquellos ajustes razonables que deben realizarse para asegurar el acceso a la información y la comunicación que se transmite mediante el uso de las TIC. Para esto es importante acudir a formatos de comunicación accesibles, haciendo uso de un lenguaje sencillo y que cuenten con las adecuaciones necesarias, particularmente en los sitios web, para garantizar el acceso de personas con limitaciones funcionales.

Eje Estratégico 1	Línea de Acción	Metas propuestas
Superación de las desigualdades en las personas mayores	Promoción de la empleabilidad, empleo, generación de ingresos y emprendimiento	Implementar a nivel nacional, municipal y distrital estrategias para la promoción del empleo y el acceso al trabajo de las personas mayores, eliminando prácticas discriminatorias en la contratación, selección, formación y promoción de mujeres y hombres mayores.
		Incrementar el acceso de las personas mayores a la oferta existente de programas de emprendimiento.
		Incrementar la cobertura y acceso a programas de capacitación para las personas mayores, que favorezcan su ingreso al mercado laboral.
		Implementar estrategias e incentivos para proteger el empleo de las personas mayores.
		Generar líneas de crédito en condiciones blandas y servicios para los emprendimientos liderados o conformados por personas mayores y sus familias.
	Protección y garantía del derecho a la salud	Incorporar en los planes de desarrollo territorial y en los planes territoriales de salud los lineamientos de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez en materia de salud física y mental para las personas mayores, con el fin de promover la salud, prevenir y controlar la enfermedad, la discapacidad y atender las condiciones crónicas de salud.
		Fortalecer el modelo de Atención Primaria en Salud, para garantizar una atención integral de calidad –desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos– lo más cerca posible de sus lugares habituales de vivienda
		Desarrollar un sistema de seguimiento periódico a la calidad en el acceso a los servicios en salud para las personas mayores y sobre las barreras de acceso a los mismos.



		<p>Fortalecer el uso de la Telemedicina en la atención integral en salud para las personas mayores.</p> <p>Reducir los indicadores de peticiones, quejas, reclamos o tutelas formuladas por las personas mayores, en relación con las barreras de acceso, administrativas, financieras y de calidad en la prestación de los servicios de salud.</p> <p>Desarrollar, adaptar y/o actualizar guías de práctica clínica para prevenir, tratar y rehabilitar morbilidad prevalente en personas mayores, síndromes geriátricos y controlar factores de riesgo de discapacidad, dependencia funcional y mortalidad evitable, con énfasis en protocolos y guías de autocuidado, hábitos y estilos de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en personas mayores.</p>
Promoción del derecho a la vivienda digna y de hábitats naturales sanos		<p>Implementar estrategias diferenciales para el acceso a créditos, subsidios y demás mecanismos para el acceso a vivienda para personas mayores y hogares con personas mayores.</p> <p>Desarrollar mecanismos jurídicos de protección y prevención al desalojo forzoso de hogares conformados por personas mayores.</p> <p>Desarrollar estándares de vivienda accesible para personas mayores que incorporen ajustes razonables de acuerdo con criterios de diseño universal, para facilitar el envejecimiento en el hogar y disminuir las necesidades de institucionalización.</p> <p>Aumentar el porcentaje de hogares con personas mayores y en condición de vulnerabilidad extrema, que tengan acceso a vivienda propia.</p> <p>Garantizar la calidad y acceso a los servicios públicos y sanitarios en los hogares con personas mayores en las áreas urbana y rural.</p> <p>Incorporar dentro de las estadísticas de financiación de vivienda (FIVI) información que dé cuenta del acceso a créditos o subsidios otorgados a personas mayores para compra o mantenimiento de vivienda, asegurando el acceso a dicha información.</p>
Promoción de la cultura, ocio y aprovechamiento del tiempo libre		<p>Promover el acceso y participación de las personas mayores a los servicios y agendas culturales y desarrollar iniciativas dirigidas a este segmento poblacional.</p> <p>Desarrollar estrategias que realcen y visibilicen las prácticas artísticas y culturales de las personas mayores.</p>
Fomento de la actividad física, el deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre		<p>Garantizar el acceso e incrementar la cobertura de los programas de fomento de la actividad física para personas mayores, incluyendo las específicas para quienes presentan limitaciones funcionales.</p> <p>Desarrollar estrategias de evaluación y monitoreo de los programas de fomento de la actividad física para personas mayores.</p> <p>Implementar acciones que fomenten las prácticas deportivas en las personas mayores.</p>
Fomento de la protección social y la seguridad económica		<p>Aumentar la tasa de cobertura del sistema pensional colombiano</p> <p>Ajustar los criterios de focalización e incrementar la cobertura de programas de transferencias condicionadas a las personas mayores, de acuerdo con estándares diferenciales del costo de</p>

		vida territorial y de sus condiciones de vida.
	Fomento de la accesibilidad y movilidad	Desarrollar estrategias que favorezcan la accesibilidad y la movilidad de las personas mayores en espacios públicos y privados.
	Promoción del acceso y uso de las tecnologías de la información y la comunicación – TIC y alfabetización digital	Desarrollar alianzas público-privadas para estimular el uso de tecnologías de la información entre las personas mayores. Aumentar las estrategias de alfabetización en el uso de las tecnologías de información y de comunicación entre las personas mayores. Aumentar el uso de las tecnologías de información y de comunicación entre las personas mayores y mantener un seguimiento sobre el acceso a estas herramientas.

6.4.2 Eje estratégico 2. Participación, inclusión y buen trato hacia las personas mayores

El reconocimiento de las personas mayores como sujetos de especial protección constitucional, exige la garantía de los derechos fundamentales a la vida, a la igualdad, a la dignidad, al respeto, a la independencia y a la autonomía, a la participación e integración comunitarias, a la seguridad y a tener una vida sin ningún tipo de violencia, entre otras. En tal sentido, se busca promover el conocimiento sobre la defensa de los derechos y libertades fundamentales de las personas mayores, con miras a transformar prácticas discriminatorias y concepciones negativas de la vejez, que llevan al maltrato y a la violencia en sus diferentes manifestaciones o incluso al abandono.

Con respecto al ejercicio de la participación de las personas mayores en los procesos de incidencia política, es vital fortalecer las experiencias en escenarios de control social y veeduría que se han venido desarrollando en diferentes territorios del país y que han sido de gran relevancia para influir en decisiones de política pública y en los procesos que generan transformaciones de condiciones de vida y derechos de esta población.

En esa medida, es relevante que esta Política fortalezca los espacios de participación ciudadana para las personas mayores en diferentes espacios, para tener la voz y representación, bien sea de manera autónoma o de conformación mixta (entidades y sociedad civil) y así contar con escenarios que retroalimenten o permitan la interlocución y corresponsabilidad de la implementación y seguimiento o veeduría a las Políticas Públicas. Para esto se requiere la generación de procesos de formación y empoderamiento de las personas, familias y comunidades como sujetos de derecho.

También busca impulsar la participación e incidencia de las asociaciones de personas mayores de carácter local, regional y nacional en diferentes espacios de toma de decisiones donde puedan expresar su voz.

Líneas de acción 1. Promoción del buen trato y prevención de violencias en personas mayores

La línea se enfoca en la promoción de una vida digna enfocada en el trato respetuoso y sin violencia y a no ser sometido a tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes. Es particularmente necesario que las personas mayores, sus familias y/o cuidadores se

apropien del marco de derechos humanos, los mecanismos de exigibilidad e incidencia política y las estrategias para asumir la corresponsabilidad en el ejercicio de sus derechos. En tal sentido, se requiere promover e implementar estrategias de comunicación y divulgación de buen trato y prevención de violencias hacia las personas mayores.

El Estado colombiano debe plantear acciones que garanticen la protección de las personas mayores ante cualquier tipo de maltrato o violencia. Para ello se requiere en primer lugar, promover la apropiación de los derechos de las personas mayores por parte de esta población, sus familias y los funcionarios. Así mismo, generar procesos de fortalecimiento de los vínculos familiares y prevención de violencia intrafamiliar en articulación intersectorial. Así mismo, generar rutas intersectoriales de acceso para la protección, prevención y atención del abandono, el maltrato y las violencias contra personas mayores, que sean implementadas en los territorios y que aplicables en diferentes ámbitos donde se encuentran las personas mayores.

Se requiere desarrollar sistemas de información unificados sobre violencia en el país, desagregando los diferenciales poblacionales, geográficos y por modalidad de violencia, que permitan tomar decisiones intersectoriales para la atención integral de esta problemática, así como generar análisis y estudios sobre violencia para personas mayores, que pueden articularse desde el Observatorio de violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, con cifras aportadas desde los sistemas de información de las entidades responsables de la atención.

Líneas de acción 2. Fortalecer la capacidad jurídica y el acceso a la justicia de las personas mayores

El ordenamiento jurídico y la jurisprudencia nacional han reconocido el derecho fundamental a la “personalidad jurídica”, por medio del cual se afirma el derecho a la autonomía, a desarrollar actos jurídicos y a tomar decisiones de manera libre e informada, conforme a la voluntad, deseos y preferencias de cada persona, independientemente de la edad o de la condición de discapacidad de la persona mayor y en todos los aspectos que las afectan, para desarrollar su proyecto de vida, disfrutar de los derechos de los cuales son titulares y el establecer límites a terceros.

En este orden de ideas, se busca fortalecer los mecanismos para garantizar el ejercicio pleno de la ciudadanía de las personas mayores, a partir del diseño y difusión de rutas que orienten a las personas mayores sobre las herramientas y recursos legales disponibles para la protección de sus intereses. Por ejemplo, es indispensable su conocimiento sobre los efectos de la eliminación de la interdicción judicial y sobre el acceso a los apoyos formales y ajustes razonables, para desarrollar actos jurídicos y tomar decisiones para el disfrute y ejercicio de todos los derechos de tipo personal, familiar y/o patrimonial, incluidos los relacionados con el ámbito de la salud. En esta misma línea se requiere desarrollar estrategias para acceder de manera efectiva a la justicia para la protección de derechos y libertades fundamentales de las personas mayores.

Líneas de acción 3. Promoción de la inclusión de las personas mayores a través de la eliminación de las prácticas de discriminación

Esta línea se orienta a desarrollar las acciones intersectoriales que fomenten prácticas inclusivas de las personas mayores y garanticen el compromiso de eliminar cualquier forma

de discriminación por la edad, buscando la transformación de imaginarios negativos de la vejez, que generen la apropiación de prácticas que reconozcan el aporte de las personas mayores a la sociedad y al sector productivo.

En este propósito se requiere promover estrategias culturales transformadoras de imaginarios colectivos de discriminación sobre el envejecimiento y la vejez, fomentar las representaciones realistas y positivas de las personas mayores y de la vejez en medios masivos y tecnologías de la información y comunicación, así como de acciones normativas para reforzar el marco sancionatorio y la aplicación del mismo contra las prácticas de discriminación por la edad.

Líneas de acción 4. Promoción de la integración y la participación familiar y social

Comprende el desarrollo de acciones que permitan fortalecer los vínculos intrafamiliares, partiendo de la autonomía de las personas mayores, pero reconociendo a la familia como el principal espacio donde se dinamiza la inclusión de las personas mayores en el seno de sus hogares y donde se estrechan los lazos de solidaridad intergeneracional. Entendiendo que las familias cumplen una función protectora sobre las personas mayores esta Política incluye acciones para garantizar la responsabilidad de las familias en materia de apoyo y cuidados para las personas mayores, en especial para aquellas que están en abandono y en situación de habitanza de calle.

En concordancia con estos propósitos, se busca impulsar estrategias de apoyo y focalización de programas comunitarios para las personas mayores en condición de vulnerabilidad y de sus familias y desarrollar las rutas de atención socioeconómica y sociosanitaria a nivel territorial para las personas mayores en condición de vulnerabilidad, en corresponsabilidad con las familias y la institucionalidad.

De otro lado, fortalecer la creación de redes comunitarias o de apoyo en las cuales se pueda difundir todo tipo de información positiva en torno al envejecer, una acción que debe redundar, de manera paulatina, en la transformación de contextos territoriales más adversos. Esta formación implica conocer las estrategias para el cuidado personal y colectivo y acoger las apuestas relacionadas con el envejecimiento activo y saludable.

Líneas de acción 5. Fortalecimiento de la participación política de las personas mayores

La participación ciudadana es fundamental, en tanto que es la misma población mayor y sus organizaciones, quienes conocen las necesidades y pueden proponer de manera más acertada acciones concretas basadas en sus realidades, así como aportar en la toma de decisiones, según las experiencias negativas y positivas que experimentan en la cotidianidad.

El ejercicio de la representación también implica socializar la información hacia los diferentes niveles de la ciudadanía, evidenciando la transparencia de las acciones y promoviendo representaciones positivas de las personas mayores, así como actividades de impacto entre las comunidades, como aquellas orientadas al envejecimiento activo y a la práctica de hábitos y estilos de vida saludables.

Se busca proteger los derechos a la reunión y asociación, libertad de expresión, opinión y acceso a la información, el derecho político y la participación ciudadana de las personas

mayores, identificar a las organizaciones de y para personas mayores en el territorio nacional, con el fin de lograr una mayor participación e incidencia en las instancias de política pública y realizar los ajustes normativos pertinentes para la formalización de los Consejos territoriales de personas mayores y otras instancias de participación ciudadana y estimular su incidencia en las políticas departamentales y distritales de envejecimiento y vejez, así como en los planes de acción municipales.

También está en la línea de articular la participación de las asociaciones de personas mayores de carácter local, regional y nacional en el Consejo Nacional de Personas Mayores y fortalecer su presencia en otras instancias tales como los consejos departamentales, distritales y municipales de personas mayores o los cabildos de mayores y en otros escenarios de participación ciudadana como en los sistemas de veedurías, consejos ciudadanos sectoriales, presupuestos participativos y audiencias públicas de rendición de cuentas, entre otros instrumentos de la democracia participativa.

Estos procesos también deberán propiciar la intervención de la academia, sociedades científicas, prestadores de servicios de y para personas mayores, las organizaciones de la sociedad civil y de cooperación nacional e internacional, entre otros; así como de los entes de control como la Defensoría, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría, quienes ejercen un papel relevante en la inspección, vigilancia y control y la defensa de los Derechos Humanos para fortalecer los espacios de participación ciudadana.

Eje Estratégico 2	Línea de Acción	Metas propuestas
Participación, inclusión y el buen trato hacia las personas mayores	Promoción del buen trato y prevención de violencias en personas mayores	Implementar las rutas intersectoriales de acceso para la protección, prevención y atención del abandono, el maltrato y las violencias contra personas mayores.
		Desarrollar un sistema de información unificado sobre violencia en el país, desagregado en los distintos diferenciales poblacionales, geográficos y por modalidad de violencia.
		Generar análisis y estudios desagregados sobre violencia para personas mayores, desde el Observatorio de violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
		Reducir los casos de violencia contras las personas mayores.
	Fortalecer la capacidad jurídica y el acceso a la justicia de las personas mayores	Fortalecer los mecanismos para garantizar el ejercicio pleno de la capacidad jurídica de las personas mayores, a partir del diseño y difusión de rutas que orienten sobre los efectos de la eliminación de la interdicción judicial y el acceso a los apoyos formales y ajustes razonables para el desarrollo de los actos jurídicos que así lo requieran.
		Desarrollar estrategias para divulgar las rutas de acceso a la justicia para la protección de derechos y libertades fundamentales de las personas mayores.



	Promoción de la Inclusión de las personas mayores a través de la eliminación de las prácticas de discriminación	Desarrollar estrategias intersectoriales destinadas a eliminar la discriminación por razones de edad y comprensión negativa del envejecimiento y la vejez en el ámbito público y privado.
	Promoción de la integración y la participación familiar y social	Formular estrategias para fortalecer o restablecer los vínculos familiares, encaminados a reconocer las obligaciones de la familiar en la prestación de atención y asistencia a las personas mayores, en especial para aquellas que están en abandono y en situación de habitanza de calle.
		Promover encuentros intergeneracionales donde para la divulgación de experiencias, la inclusión y la resignificación de las personas mayores y que pueden intercambiarlo con otros grupos poblaciones.
		Fortalecer acciones comunitarias que permitan articular redes sociales en favor de las personas mayores haciéndolos parte activa de la comunidad donde residen.
	Fortalecimiento de la participación política de las personas mayores	Fomentar programas o proyectos a nivel territorial que favorezcan la organización y participación de las personas mayores en la vida social, económica, política, cívica y espiritual, mediante asociaciones y organizaciones formalmente conformadas.
		Fomentar y fortalecer las redes de y para personas mayores, grupos de autoayuda y voluntariado, destinadas a favorecer la construcción de tejido social y comunitario de apoyo y solidaridad intergeneracional.

6.4.3 Eje estratégico 3. Atención a la dependencia y organización del cuidado

El cuidado es un bien público esencial para el funcionamiento de las sociedades, un derecho fundamental y una necesidad en diversos momentos del ciclo de vida (Nieves y Robles Cepal: 2016). A pesar de existir un especial deber de solidaridad en cabeza de la familia y la sociedad, el llamado del Estado es a contar con sistemas de cuidado que garanticen la atención integral a personas dependientes y que esos servicios dispongan de sistemas de calidad y de información de nivel nacional.

Tras la experiencia de la pandemia por Covid-19, se evidenció aún más la urgencia de la concurrencia del Estado en la organización integral del servicio de cuidado y en el fortalecimiento de la oferta, en términos de calidad y cantidad, particularmente, de los cuidados a largo plazo, que incluyen servicios de atención tanto médicos como no médicos en dos modalidades principales: i) atención domiciliaria, entendida como los servicios profesionales prestados en el ámbito de habitación da la persona mayor y ii) la atención institucional, representada por el alojamiento, alimentación y cuidado integral de una persona en una institución especializada (Cepal: 2009).

Las acciones sociales de cuidado, en el marco de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez se dirigen, esencialmente, a las mujeres y hombres mayores que requieren atención

de manera permanente o temporal, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental o intelectual, o por una condición asociada con su salud y, por otro lado a las personas mayores cuidadoras, que cumple actividades de cuidado no calificadas, quienes actúan en virtud del principio de solidaridad y comparten.

Otro aspecto a considerar en esta línea son las transiciones del cuidado, entendidas como un conjunto de acciones diseñadas para asegurar la coordinación y continuidad de la atención sociosanitaria, a medida que las personas se transfieren entre diferentes centros o diferentes niveles de cuidado dentro del mismo territorio. Los centros representativos incluyen hospitales, centros de enfermería de subagudos y postagudos, los hogares de los pacientes, centros de atención domiciliaria, primaria y especializada y centros de atención de largo plazo, entre otros.

Por tanto, esta línea se orienta a establecer los arreglos institucionales que garantice una oferta de servicios sociosanitarios para la atención integral y el cuidado de las personas mayores, atendiendo los mayores estándares de calidad. Estos arreglos comprenden varios aspectos que van desde la definición de los requisitos mínimos para la prestación de estos servicios, el establecimiento de criterios de planeación y ejecución de recursos orientados a las demandas territoriales, el fortalecimiento de las acciones de inspección y vigilancia, y un sistema de información para el Registro y seguimiento de Instituciones Prestadoras de Servicios Sociales y Sociosanitarios – REPSSO, entre otros. De esta manera se prevé que las distintas modalidades existentes (Centros de atención, Centros vida, Centros Día, Centros de Ayuda a Domicilio y Centros de Larga Estancia), operen de manera complementaria con el fin de mejorar la eficiencia, la oportunidad y la calidad de en la prestación de los servicios sociosanitarios dirigidos a las personas mayores.

Línea de acción 1. Fortalecer las estrategias de cuidado de las personas mayores en el marco del Sistema Nacional de Cuidado

Uno de los derechos de las personas mayores es el de recibir servicios de cuidado a largo plazo, donde se garanticen las condiciones de calidad en la atención que requieren las personas mayores con alta dependencia o que no tengan red de apoyo. El Estado debe contar con una política pública de cuidado, protección e inclusión, para garantizar las condiciones materiales de la realización efectiva de los derechos fundamentales de los más débiles, más aún cuando la debilidad manifiesta está asociada con la salud, debido a las aflicciones propias de la edad, la presencia de enfermedades catastróficas, crónicas y degenerativas, los estados terminales y procesos de fin de vida y muerte, la condición de discapacidad, la dependencia por limitaciones físicas, sensoriales o mentales o dadas las especiales circunstancias de indefensión (Corte Constitucional, 2014)

Desde este frente se busca articular y fortalecer la oferta de servicios sociosanitarios de atención integral para la población mayor, dentro del engranaje de la Política Nacional de Cuidado y bajo la rectoría de la institucionalidad que se cree y organice para el Sistema Nacional de Cuidado (SINACU).

Líneas de acción 2. Generar estándares para la prestación de servicios de atención integral para personas mayores

En desarrollo de esta línea, es preciso que el país avance en la regulación sobre las modalidades de atención para las personas mayores, y que cada una de éstas cuente con estándares mínimos para su funcionamiento. En la actualidad, los servicios que se proveen

desde los Centros Día y los Centros Vida se encuentran regulados por el Ministerio de Salud y Protección Social, pero las nuevas realidades de la transición demográfica y las necesidades crecientes de las personas mayores, obligan revisar el marco normativo, para regular otros servicios y modalidades de atención ofertadas en centros públicos y privados, así como abocar la regulación integral del cuidado a largo plazo, destinados a la atención de personas mayores con alta dependencia funcional o aquellas que no tienen red de apoyo familiar.

Adicionalmente, y en concordancia con los principios de esta Política y la intencionalidad de propiciar que las personas mayores permanezcan en el seno de sus familias, donde reciben cuidados, cariño, protección y buen trato, se hace latente la urgencia de generar modalidades de cuidado en domicilio, orientadas a establecer los requisitos mínimos para las familias, los cuidadores y los servicios que se pueden proveer en casa, para brindar una atención óptima y de calidad, acorde a las particularidades de cada persona mayor, de la valoración del nivel de dependencia y de sus condiciones de salud.

En este mismo sentido, es importante actualizar los lineamientos que existen para el funcionamiento de los centros vida y centros día, generando protocolos, indicadores de infraestructura física, técnica, de atención psicosocial y administrativa, elementos necesarios para brindar una atención integral durante la estancia diurna de las personas mayores, mejorar su calidad de vida, bienestar y autonomía y garantizar el apoyo y el acompañamiento de las familias y la permanencia en sus hogares.

Adicionalmente, es importante identificar aquellos servicios de salud que se oferten a las personas mayores y asegurar el cumplimiento del Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, en particular, cumplir con los estándares establecidos por este Ministerio en la Resolución 3100 de 2019, por medio de la cual se definan los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.

Un aspecto adicional a reglamentar, está relacionado con el seguimiento al uso adecuado de los recursos y las fuentes de financiación de los centros de atención a personas mayores, que incluye la participación de recursos privados, públicos, o mixtos. Hacen parte de estas fuentes la “Estampilla para el bienestar del adulto mayor” establecida en la Ley 1276 de 2009, los subsidios tercerizados del programa Colombia Mayor, así como los provenientes del SGSSS, el sector privado y la responsabilidad social empresarial y de recursos adicionales que se puedan gestionar en los territorios, como son los derivados de la cooperación internacional y donaciones, el Sistema General de regalías, subsidios tercerizados y otras fuentes de financiación de los entes territoriales.

Teniendo en cuenta lo anterior es necesaria la definición del costeo per cápita del funcionamiento de los servicios de atención sociosanitarios, una medida que permitirá tomar decisiones sobre la gestión de nuevas fuentes de financiación, tendientes a incrementar la oferta de estos servicios en el país. Los recursos de la “Estampilla para el Bienestar de la persona mayor” se constituyen en la actualidad en la principal fuente, en todo caso escasa, para cubrir la operación, presente y futura, del cuidado de larga duración. Con lo cual, se requiere explorar en la gestión de recursos propios de las entidades territoriales, los de cooperación internacional y del Sistema General de Regalías, entre otras alternativas.

En consecuencia, se identifica la urgencia de establecer parámetros y mecanismos para incrementar la capacidad de seguimiento, vigilancia y control, sobre: i) la ejecución de los recursos públicos de la “Estampilla para el Bienestar de la persona mayor”, ii) los procedimientos para el reporte de información aplicables y iii) las actividades que desarrollan de manera integral estas instituciones. Son acciones que infieren la urgencia de contar con un sistema de información robusto, que asegure la pertinencia de la información sobre las distintas variables, de tal manera que se pueda garantizar la prestación de los servicios en condiciones de calidad, transparencia en la destinación de los recursos públicos y seguridad para la población destinataria de sus actividades.

Líneas de acción 3. Crear el Registro de Instituciones de cuidado para personas mayores.

Se ha evidenciado la necesidad de crear, organizar y centralizar un registro nacional de los centros de atención integral que ofrecen servicios sociales y sociosanitarios a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, en todas las modalidades disponibles, independientemente de la naturaleza de los mismos —que en la actualidad puede ser privada, pública y mixta— con el fin de facilitar la coordinación e integración de los servicios sociales con los servicios salud.

Esta acción permitirá, además, contar con la desagregación por modalidad de atención, ubicación, cupos disponibles, productos, servicios y programas desarrollados, categorías y subcategorías ocupacionales contratadas y condiciones de infraestructura (acceso y accesibilidad), entre otras variables, que aportarán información sobre el tamaño actual de este mercado, las deficiencias o potencialidades reales que exhibe y las oportunidades en términos de ajustes y mejoras. Por otro lado, desde la demanda, es necesario identificar a la población de personas mayores que, por sus especiales condiciones de vulnerabilidad manifiesta, riesgo social y/o desprotección, requieren ser priorizadas, mediante mecanismos destinados a eliminar las barreras de entrada y para focalizar la atención, considerando la baja capacidad de respuesta actual.

Esta información es indispensable para avanzar en la provisión de los servicios y programas en las distintas modalidades de los servicios sociosanitarios de atención integral a las personas mayores, así como para definir el grado de articulación para la referencia y contrarreferencia con la red de prestadores de servicios de salud de las aseguradoras del sistema y, por otra parte, determinar los procedimientos administrativos para la autorización de funcionamiento y el régimen sancionatorio aplicables, que lleven a depurar el mercado con una oferta que garantice las condiciones de bienestar y vida digna para la población mayor.

Eje Estratégico 3	Línea de Acción	Metas propuestas
Atención a la dependencia y organización del cuidado	Fortalecer las estrategias de cuidado de las personas mayores en el marco del Sistema Nacional de Cuidado	Integrar la oferta de servicios sociosanitarios de atención integral en salud para personas mayores en el Sistema Nacional de Cuidado (SINACU).



	Generar estándares para la prestación de servicios de atención integral para personas mayores	Establecer los criterios para identificar a la población de personas mayores en condición de vulnerabilidad manifiesta y/o en riesgo social (personas mayores con trastorno mental, abandono, con discapacidad, en situación de calle o con dependencia funcional), como mecanismo para focalizar el acceso a los servicios sociosanitaria de atención integral.
		Establecer estándares de calidad para los centros de atención de larga estancia, centros vida y centros día, y centros de ayuda a domicilio, implementados y con seguimiento.
		Establecer estándares para el uso de los recursos dirigidos a las modalidades de atención a personas mayores, buscando efectividad y seguimiento.
	Crear el Registro de Instituciones de cuidado para personas mayores.	Desarrollar el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios Sociales y Sociosanitarios (REPSSO), como una herramienta tecnológica, articulada al sistema Integrado de Información de la Protección Social –SISPRO, Fortalecer los sistemas de inspección vigilancia, control y seguimiento sobre la oferta, la demanda, la calidad de los servicios sociosanitarios de atención integral y diferencial a la persona mayor, así como de los recursos públicos disponibles para cofinanciar su operación.

6.4.4 Eje estratégico 4. Envejecimiento activo y saludable

Este eje se orienta a crear las condiciones para una vida autónoma, digna, larga y saludable en condiciones de seguridad social integral para toda la población. Es un eje con visión de largo plazo, para enfrentar los desafíos que impone el envejecimiento poblacional. Busca que el aumento de la población de 60 años o más, no se considere como una crisis social y económica, sino como un proceso permanente que trae consigo múltiples retos y oportunidades para la sociedad colombiana, para garantizar mejores condiciones de vida para las mujeres y hombres mayores.

Las líneas de acción que propone el eje se fundamentan en la promoción y mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad desde una mirada integral para garantizar la autonomía, independencia y desarrollo de las capacidades de las personas, fomentar estilos de vida saludables, cambios en los hábitos de las personas a lo largo del curso de vida, una cultura de envejecimiento saludable y estrategias que permitan llegar a la vejez en condiciones socioeconómicas que permitan vivir esta etapa de forma tranquila.

De otra parte, insta a promover entornos saludables para la población, crear ambientes seguros para todos y favorecer su participación en diferentes espacios sociales incluyendo aquellos recreativos, deportivos, culturales, espirituales, entre otros, escenarios por demás propicios para socializar la cultura del envejecimiento activo. El gran reto es construir una sociedad con mayores estándares de autonomía e independencia, así como menores tasas de dependencia funcional y económica.

Líneas de acción 1. Promoción y mantenimiento de la salud física y mental

La acción está dirigida al conjunto de las y los colombianos, con el fin de desarrollar hábitos y estilos de vida saludable a partir de la primera infancia, que perduren durante la juventud y la adultez, a fin de disminuir los riesgos de enfermar y/o morir prematuramente y crear condiciones para un envejecimiento activo y saludable, tanto en la salud física como en la mental, en concordancia con la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.

A esto se suma el diseño de estrategias integrales que articulen los diferentes aspectos del envejecimiento activo, la salud física, mental, bucal, visual y auditiva, así como de la prevención de enfermedades no transmisibles y las transmisibles, para lo cual se busca promover la transversalización de la cultura del autocuidado en diferentes instrumentos de política pública y el desarrollo de campañas destinadas a crear conciencia y desarrollar aptitudes y actitudes personales, comunitarias y familiares, que permitan prevenir las enfermedades, favorecer el bienestar y asegurar una mejor calidad de vida durante la vejez.

En línea con estos objetivos resulta necesario desarrollar campañas pedagógicas para educar y formar, desde la primera infancia y hasta la vejez, en la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, el reconocimiento de los riesgos y las consecuencias asociadas con los malos hábitos alimenticios, el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo nocivo de alcohol, entre otros, así como los beneficios de la actividad física y el deporte, la alimentación equilibrada, las rutinas de sueño adecuadas, el seguimiento al estado de salud, la realización de ocupaciones significativas y la interacción social, entre otros aspectos que disminuyen el impacto del envejecimiento.

Así mismo, fortalecer la atención, promoción y prevención de los trastornos y las enfermedades de salud mental en términos de calidad, oportunidad e integralidad, para abordar los principales riesgos psicosociales de las personas mayores —exacerbados con ocasión de la pandemia del COVID-19— de acuerdo con los perfiles epidemiológicos territoriales, que fortalezcan el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas y que contribuyan al bienestar y al desarrollo humano y social a lo largo del curso de vida, en articulación con la Política Colombiana de Salud Mental.

Esto implica adicionalmente, que la sociedad en general, conozca la importancia y el impacto de estos procesos y estrategias en su envejecimiento saludable, en tanto es un aprendizaje a largo plazo que puede movilizar la transformación de comportamientos y prácticas hacia hábitos de vida saludables. Lo cual requiere un proceso de divulgación intersectorial de contenidos relacionados con la promoción de la salud, hábitos nutricionales, modos, condiciones hábitos y estilos de vida saludables, dirigidos especialmente a niños, niñas, jóvenes, adolescentes y jóvenes, con el fin de promover un envejecimiento activo y saludable desde los primeros ciclos vitales.

Líneas de acción 2 Fomento de la seguridad alimentaria y nutricional

Esta línea busca orientar las acciones dirigidas a las personas mayores y al conjunto de las y los colombianos para garantizar y fomentar una adecuada nutrición, particularmente apremiante entre la población mayor en situación de pobreza, abandono o dependencia funcional, en concordancia con las estrategias de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y entendiendo que la “seguridad alimentaria y nutricional”, parte del reconocimiento del derecho de toda persona a no padecer hambre. Se define como “la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y

permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica para llevar una vida saludable y activa” (Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2013). De esta manera se atiende a una necesidad básica para una vejez digna.

Esta línea se orienta a la garantía del derecho a la alimentación, por lo que exige implementar programas y proyectos de seguridad alimentaria para las personas mayores, en todo el territorio nacional, conforme con sus necesidades nutricionales y de acuerdo con las tradiciones y prácticas etnoculturales y la disponibilidad de alimentos en cada región.

Líneas de acción 3. Articulación con otras políticas frente a la creación y fortalecimiento de entornos saludables

Las recomendaciones de organismos internacionales como la CEPAL enfatizan en la necesidad de articular las políticas sociales y económicas de los países, para obtener resultados más sólidos y generalizados, por ejemplo, a nivel de los niños, ya que en su edad adulta deberán tener recursos suficientes para generar ingresos para ellos y para una proporción cada vez más altas de personas mayores.

Esto significa articular las políticas existentes, tarea que deben incluir mecanismos de planificación para construir los valores, preferencias, criterios de eficacia, así como identificar los elementos comunes y fortalecer los canales de comunicación entre los ejecutores de las políticas y coordinar las acciones de su implementación.

Esta articulación se debe producir en todos los niveles del Estado, teniendo en cuenta las competencias sectoriales y los principios de la descentralización y la autonomía administrativa territoriales, en busca de escalas técnicas y económicas que sean pertinentes para el desarrollo de los servicios. Del mismo modo, se deben usar las herramientas de planeación existentes o crear nuevas para incorporar los temas del envejecimiento y la vejez en la agenda pública nacional, sectorial y local. Espacios como los Consejos de Política Social cobran relevancia para lograr este fin.

Para ello es necesario formular una agenda de carácter promocional, preventivo y participativo, para intervenir los distintos entornos del desarrollo humano (escolar, laboral, familiar, comunitario -barrio, localidad- y de espacios para el tiempo libre, entre otros) con el fin de identificar y reducir la exposición a factores de riesgo modificables en todas las etapas del curso de vida y propiciar un envejecimiento activo y saludable y una vejez en mejores condiciones.

Líneas de acción 4. Ajustes normativos y políticos para fortalecer los procesos en torno al envejecimiento activo y saludable

Teniendo en cuenta que la estructuración de una cultura de envejecimiento saludable implica un proceso de largo aliento y esfuerzo intersectorial se considera necesario, en primer lugar, elaborar un análisis del marco regulatorio vigente, con el fin de revisar los vacíos legislativos y los nuevos requerimientos normativos relacionados con el envejecimiento activo y saludable y la vejez.

A partir de ello, es importante acometer la formulación legislativa necesaria, dirigida a fortalecer la cultura del envejecimiento en la sociedad colombiana y superar las barreras para el goce y ejercicio de los derechos y las libertades fundamentales de la población

mayor y mejorar las condiciones de las personas mayores.

Línea de acción 5: Aumentar la cobertura de afiliación al Sistema General de Pensiones

Teniendo en cuenta que este eje busca la preparación de los y las colombianas para vivir una vejez autónoma y digna, es importante que se fortalezcan las estrategias que permitan disminuir la dependencia económica de las personas mayores y que se generen las condiciones necesarias que favorezcan el ahorro y el aumento de la población que recibe una pensión. En consecuencia, es necesario aumentar la cobertura de afiliación a los fondos de pensiones y avanzar en la divulgación periódica sobre los mecanismos de afiliación y cotización a fondos de pensiones públicos y privados en los sectores urbano y rural.

En el ámbito rural es, particularmente, relevante desarrollar estrategias que permitan formalizar el empleo en los sectores agrícola, ganadero y minero, como mecanismo para garantizar el reconocimiento de las contribuciones al sistema de seguridad social y, por esta vía, asegurar el ahorro pensional para los trabajadores y las trabajadoras del campo, incluidas las víctimas del conflicto armado, excombatientes en proceso de reincorporación y campesinado en general.

Eje Estratégico 4	Línea de Acción	Metas propuestas
Envejecimiento activo y saludable	Promoción y mantenimiento de la salud física y mental	Fortalecer los programas de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos al fomento de hábitos y estilos de vida saludable en los diferentes momentos del curso de vida, incluida la vejez.
		Realizar evaluaciones de impacto y/o resultado de las estrategias y programas existentes para el fomento de la salud física y mental de las personas mayores.
		Alentar la cultura del autocuidado en diferentes instrumentos de política pública, con el fin de crear conciencia y desarrollar aptitudes y actitudes personales, comunitarias y familiares durante el proceso de envejecimiento, que permitan prevenir las enfermedades, favorecer el bienestar y anticipar una mejor calidad de vida durante la vejez.
	Fomento de la seguridad alimentaria y nutricional	Aumentar el acceso de las personas mayores de zonas rurales y dispersas, en condición de vulnerabilidad, a una alimentación saludable, nutritiva y suficiente.
	Articulación con otras políticas frente a la creación y fortalecimiento de entornos saludables	Proponer un eje de envejecimiento y vejez en el Plan Nacional de Desarrollo con líneas de acción específicas en territorio.
	Ajustes normativos y políticos para fortalecer los procesos en torno al envejecimiento activo	Desarrollar mesas de trabajo intersectoriales para la revisión de la normatividad vigente asociada con el envejecimiento activo y saludable en articulación con los Consejos Territoriales y otros espacios de participación de personas mayores.



	y saludable	Formular los proyectos normativos y surtir el trámite legislativo y/o el procedimiento de técnica normativa para su expedición, con base en las recomendaciones derivadas de las mesas de trabajo intersectoriales.
	Aumentar la cobertura de afiliación al Sistema General de Pensiones	<p>Aumentar la cobertura de afiliación a los fondos de pensiones y divulgación periódica de la dinámica de afiliación y cotización a fondos de pensiones públicos y privados en los sectores urbano y rural.</p> <p>Desarrollar estrategias que permitan avanzar en la formalización del empleo rural, para garantizar las prestaciones de seguridad social a las personas mayores trabajadoras de los sectores agropecuario y minero.</p>

6.4.5 Eje estratégico 5. Educación, formación e investigación

Este eje comprende todas las acciones que desde el sector de la educación y la formación deben adelantarse con el fin de responder a los objetivos de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez: la primera corresponde la garantía del acceso a la educación y la formación para el trabajo. En este sentido, la capacitación, la actualización de conocimientos, el desarrollo de saberes, técnicas y oficios, así como el reconocimiento de aprendizajes previos, resultan fundamentales para promover la empleabilidad de las personas mayores.

Segundo: el fortalecimiento de la oferta de programas de educación formal y de formación para el trabajo dirigidos al cuidado y la atención del adulto mayor de modo tal que el talento humano responda a los estándares para la prestación de estos servicios.

Tercero, afianzar y ampliar los contenidos curriculares de la educación básica y media, y la oferta de cursos de educación informal sobre pautas de cuidado familiar, buen trato y no discriminación y promoción de hábitos de vida saludable.

Líneas de acción 1. Fomento de la educación y el aprendizaje a lo largo de la vida

Esta línea de acción desarrolla el derecho a la educación y al aprendizaje, a través de un proceso continuo –de tipo formal, no formal e informal– que estimule y faculte a los individuos para adquirir todos los conocimientos, valores, destrezas y comprensión que requieran a lo largo de la vida y aplicarlos con confianza, creatividad y gozo en todos los roles, circunstancias y entornos (Comisión Europea, Instituto de Mayores y Servicios Sociales: 2011).

Para conseguirlo es preciso superar las barreras de acceso a la educación básica, media y superior para las personas mayores, con el fin de garantizar, de una parte, la alfabetización y la educación básica, dirigida a aquellas personas que por diferentes circunstancias no ingresaron al servicio educativo o desertaron de manera prematura y, por otra parte, asegurar una oferta de educación superior y capacitación permanentes para el trabajo, como requisitos previos para su inclusión en el mercado laboral o para ampliar su capacidad para generar ingresos. Ello sin detrimento del reconocimiento de los saberes previos de las personas mayores en los programas de formación para el trabajo y el desarrollo humano o la formación profesional.

Por otra parte, la oferta pública y privada de programas a nivel de educación superior, debe contemplar mecanismos para facilitar el acceso, permanencia y titulación de las personas mayores, procurando los ajustes requeridos en los procesos. Así mismo, en materia de educación para el trabajo y el desarrollo humano se requiere adecuar las metodologías, para facilitar el aprendizaje y planear una oferta ajustada a los tipos de actividades, trabajos y oficios que se podrán asignar a las personas mayores.

En este sentido, se requiere adaptar programas curriculares y metodologías que se ajusten a las condiciones del adulto mayor (intensidad, materiales de apoyo, recurso, etc.) como a las condiciones socioculturales del entorno, ofertando horarios flexibles y de semipresencialidad, en las diferentes entidades territoriales, contando con las adecuaciones para un acertado proceso de enseñanza - aprendizaje.

Líneas de acción 2. Capacitación a la familia y personas mayores en vejez, envejecimiento, cuidado y cuidadores informales

Como acción humana, el cuidado abre la perspectiva “del otro”, la mirada hacia sus necesidades e intereses y hacia sus formas de ser y de actuar. En esta relación, se potencia la autonomía y el respeto, situando tanto a la persona cuidadora como a la persona sujeto de cuidado como sujetos activos, que establecen una relación de corresponsabilidad y reciprocidad (MSPS: 2015). A su turno, el envejecimiento activo y saludable debe ser abordado como un asunto de interés para toda la sociedad, que debe promoverse y apropiarse desde el seno de las familias.

Desde estos postulados, es preciso desarrollar acciones destinadas a favorecer la capacitación de los cuidadores familiares, formales e informales, con el fin de desarrollar las habilidades, técnicas y buenas prácticas para el manejo, atención y acompañamiento a las personas sujetos de cuidado, en especial, de aquellas con dependencia funcional y trastornos o enfermedades de salud mental, en condiciones seguridad física y emocional. Y, por otra parte, promover estrategias y entornos protectores para las personas cuidadoras mayores, que incluyan el autocuidado, el desarrollo personal y de su proyecto de vida, hábitos y estilos de vida saludables, manejo del estrés y organización de las tareas asociadas al cuidado, entre otras.

La intervención debe incluir además de cualificar sus competencias, caracterizar a las personas mayor como cuidadoras, visibilizar y reconocer su aporte social y productivo como proveedoras de servicios de cuidado y, en consecuencia, cuantificar y valorar su labor y propender por un reparto equitativo en la provisión de cuidados en el ámbito familiar.

En relación con el envejecimiento activo y saludable, es necesario desarrollar programas de formación y/o aumentar la cobertura para las personas mayores y sus familias y/o cuidadores, con el fin de inculcar la perspectiva del envejecimiento y la vejez, en la que se contemple la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, los derechos humanos, el significado y valor del envejecimiento y la vejez y el cuidado, la prevención de la discapacidad en la vejez, incorporando no sólo a las personas mayores de las familias, sino, además a los más jóvenes.

Líneas de acción 3. Formación del talento humano a nivel técnico, profesional y especializado

Esta línea de acción se orienta a promover la formación de talento humano, técnico, profesional y especializado que brinde el debido soporte en la atención integral de las personas mayores, para la garantía de un envejecimiento activo y saludable. Para esto se necesita promover el desarrollo de programas de educación continuada o de especialización, que cualifique al talento humano en los servicios de cuidado, atención integral centrada en la persona, envejecimiento, humanización de los servicios, derechos de las personas mayores, entre otros.

Una estrategia importante para lograr una comprensión integral del envejecimiento, la vejez y el cuidado, radica en desarrollar una oferta programática y de contenidos curriculares transversales, orientados a modificar las representaciones sociales frente a la vejez y el envejecimiento y el establecimiento del nuevo paradigma del envejecimiento activo y saludable en la oferta educativa pública y privada, superando la prioridad que se le confiere a la enfermedad con respecto a la prevención de la salud. Estos propósitos y desarrollos se deben hacer extensibles a los procesos de formación para el trabajo y el desarrollo humano, cursos y/o contenidos relacionados con los procesos de preparación para el cuidado de las personas mayores.

En coherencia con este propósito, se requiere definir las características o criterios mínimos de los perfiles, capacitación y suficiencia del talento humano, para garantizar la calidad y pertinencia en la atención integral de las personas mayores y el adecuado funcionamiento de los servicios sociosanitarios dirigidos a esta población. Así mismo, propiciar la formulación de los procesos de educación continua desde la academia y las asociaciones de profesionales, para actualizar al talento humano en salud en acciones de promoción, prevención bajo la perspectiva de envejecimiento activo y saludable y de diagnóstico y tratamiento de las condiciones de morbilidad prevalentes en la población mayor, en consonancia con los determinantes de la salud que más interfieren en la calidad de vida de esta población.

Además, se requiere favorecer las prácticas universitarias o las actividades de servicio social en las diferentes modalidades de atención de personas mayores, contando con una capacitación previa de calidad.

Líneas de acción 4. Promoción de la investigación relacionada con la vejez y el envejecimiento

Son innumerables los aportes y soluciones que desde el campo investigativo pueden proporcionar los estudiantes, docentes, grupos y/o centros de investigación, atendiendo a las necesidades primordiales de la población mayor. Para esto, se requiere que las convocatorias del Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación y de las instituciones de educación superior y centros de investigación, incorporen líneas de investigación relacionadas y que los grupos expertos en la temática se orienten hacia la definición de las necesidades más urgentes a atender en los niveles nacional y territorial sobre envejecimiento y vejez, con pertinencia cultural, regional y territorial.

Es necesario generar propuestas de investigación en articulación con la academia, con el fin de fortalecer la gestión del conocimiento en relación con el envejecimiento y la vejez, identificando las principales temáticas relacionadas, que requieren ser investigadas y abordadas desde diferentes campos del conocimiento, contando con una perspectiva territorial y etnocultural.



Eje Estratégico 5	Línea de Acción	Metas propuestas
Educación, Formación e investigación	Fomento de la educación y el aprendizaje a lo largo de la vida	Incentivar la vinculación de personas mayores a la oferta de formación en educación básica, media y superior.
		Incentivar la vinculación de personas mayores a la oferta de programas de formación para el trabajo y el desarrollo humano.
		Promover el reconocimiento de aprendizajes previos de las personas mayores, mediante la evaluación y certificación de competencias, que favorezca su inclusión en el mercado laboral.
	Capacitación a la familia y personas mayores en vejez, envejecimiento, cuidado y cuidadores informales	Promover el acceso de personas mayores y las familias a programas de formación informal, en técnicas y buenas prácticas para el cuidado y temáticas relacionadas con los procesos de envejecimiento y vejez.
		Desarrollar programas de respiro para cuidadores familiares, institucionales y de atención domiciliaria de personas mayores con dependencias funcionales, demencias y discapacidades.
		Caracterizar y georreferenciar a las personas como cuidadoras y promover un reparto equitativo en la provisión de cuidados en el ámbito familiar cuando estos son provistos por mujeres mayores.
	Formación del talento humano a nivel técnico, profesional y especializado	Desarrollar programas de formación continua y especializada en materia de vejez y envejecimiento para profesionales de los diferentes campos del conocimiento.
		Extender el servicio social obligatorio o las prácticas laborales para obtener títulos de pregrado o postgrados en salud, y evaluarse la posibilidad de incluir las prácticas de otros programas de formación relacionados con el cuidado, de formación para el trabajo, que apoyen los procesos de cuidado especialmente en centros públicos de atención de personas mayores y/o mediante la estructuración de programa de capacitación en cuidado y promoción de la salud de las personas mayores.
		Incentivar la incorporación de contenidos curriculares, orientados a promover el paradigma del envejecimiento activo y saludable, en la oferta educativa básica pública y privada.
		Incentivar en el contexto de la educación superior la generación de cátedras y/o contenidos curriculares transversales, relacionadas con el tema del envejecimiento activo y saludable y la vejez.
		Promover en los procesos de formación de educación para el trabajo y el desarrollo humano, cursos y/o contenidos relacionados con los procesos de envejecimiento y vejez y preparación para el cuidado de las personas mayores.
	Promoción de la investigación	Realizar estado del arte de experiencias exitosas de envejecimiento activo y saludable



Eje Estratégico 5	Línea de Acción	Metas propuestas
	relacionada con la vejez y el envejecimiento	<p>Desarrollar sistemas de incentivos para estimular la investigación en materia de envejecimiento y vejez y la conformación de grupos de investigación en estas materias.</p> <p>Divulgar los resultados de las investigaciones realizadas en materia de envejecimiento y vejez ante el Consejo Nacional de Personas Mayores, las entidades estatales involucradas con el desarrollo de la Política, Instituciones de Educación superior y al público interesado, para favorecer la toma de decisiones en materia de política pública.</p> <p>Desarrollar la nueva versión del instrumento de estudio poblacional: Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE 2025.</p>

6.5 Plan de acción intersectorial para la implementación de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez

El Plan de acción intersectorial para la implementación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, definirá las responsabilidades, acciones y metas para cada una de las líneas de acción de los cinco ejes estratégicos de la Política, señalando los alcances en el corto, mediano y largo plazos. Su formulación y seguimiento a su ejecución se hará por parte de las entidades ejecutoras de la Política en el marco del Consejo Nacional de Persona Mayor, como órgano consultivo de carácter permanente del Ministerio de Salud y Protección Social, de modo que facilite el desarrollo y cumplimiento de las líneas de acción y metas de la presente Política Pública. Esta instancia coordinará acciones de seguimiento y monitoreo a la implementación de la política.

El Ministerio de Salud y Protección Social como entidad rectora de la Política y en ejercicio de la Presidencia del Consejo Nacional de Persona Mayor, desarrollará las mesas de trabajo intersectorial destinadas a formular el Plan de acción para articular los esfuerzos en la implementación y seguimiento de los objetivos y metas que se determinen.

Dicho plan dotará de la línea técnica a las entidades territoriales, formularán y actualizarán sus políticas las cuales incluirán los planes, programas y proyectos de prevención y atención, con fundamento en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2020-2031. Este proceso en los territorios debe ser liderado por la secretaría encargada de la coordinación de la política de envejecimiento designada oficialmente por la gobernación o por la alcaldía distrital. Respetando la autonomía territorial, por competencias, se recomienda que la encargada de este proceso sea la entidad que tenga a su cargo el desarrollo social en el departamento o en el distrito.

Entre los actores involucrados en el nivel territorial con la ejecución de la Política se encuentran las entidades territoriales, los departamentos, distritos y municipios. Los organismos de vigilancia y control en el marco de sus competencias, acompañarán el seguimiento a la gestión integral de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, y el monitoreo al logro de las metas establecidas, y aplicarán las sanciones a que haya lugar por su incumplimiento. A su turno, las organizaciones de y para personas mayores aportan a la gestión de la Política al desarrollar procesos de veeduría, capacitación, investigación y acciones proactivas para la apropiación y consecución de los objetivos planteados. Y,

finalmente, la academia y las organizaciones científicas están llamadas a contribuir en la gestión de la Política, acompañando el seguimiento en su ejecución, fortaleciendo la investigación y promoviendo el envejecimiento activo y saludable.

7. Gestión, monitoreo y evaluación de la Política

Gestionar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, supone procesos de difusión, movilización social, implementación, monitoreo y evaluación a nivel nacional y territorial bajo la responsabilidad de las autoridades tanto nacionales como territoriales.

7.1 Difusión de la Política

La etapa de difusión tiene como propósito divulgar la política, movilizar a los actores territoriales en torno de acciones propuestas en la presente Política Pública Nacional de envejecimiento y la vejez, e informar y facilitar la asimilación de los asuntos estratégicos de la Política por parte de las y los habitantes de Colombia. Entre las diversas estrategias para la difusión de la Política se consideran: un encuentro nacional de lanzamiento de la Política, encuentros regionales de divulgación, diseño y ejecución de una campaña nacional de comunicación y fortalecer y apoyar las estrategias territoriales.

También se considera la realización de teleconferencias y videoconferencias para ser transmitidas por diferentes medios, la publicación web de la Política e impulso a su conocimiento y circulación a través de redes sociales basadas en las TIC.

7.2 Implementación de la Política

Este proceso busca la operación integral de la Política en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal, a fin de incorporar en los planes de desarrollo las acciones afirmativas tendientes a mejorar las condiciones de vida de las personas mayores, a crear condiciones favorables para la protección de los derechos humanos de las mujeres y hombres mayores, para el ejercicio del derecho al envejecimiento activo y saludable de las y los colombianos, así como para incorporar sistemas de atención a la dependencia y organización del cuidado, en los municipios, distritos y departamentos.

El proceso para seguir en el orden territorial e institucional la implementación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, requerirá de los ajustes o adecuaciones pertinentes para cada entidad territorial de acuerdo con las características de sus habitantes, con sus condiciones de desarrollo económico, social, cultural y ambiental y con sus características político-administrativas. Para facilitar este proceso el Ministerio de Salud y Protección Social dispone de tres herramientas de aplicación territorial: la Metodología Integrada de Participación Social de y para Personas Mayores (MIPSAM), el Lineamiento para identificación y uso de fuentes de información nacionales sobre personas mayores y la Guía para implementación de políticas departamentales y distritales de envejecimiento y vejez.

En este proceso es importante crear y o activar espacios de concertación entre los diferentes actores responsables de la implementación de la Política con el fin de definir rutas integrales para la gestión de las acciones para la implementación desde los principios de la protección integral (reconocimiento, promoción, garantía, restablecimiento de derechos) partiendo de considerar atenciones y actuaciones intersectoriales y poblacionales, propiciando la calidad y la oportunidad de manera articulada.

La adecuación comprende: desarrollar capacidades y competencias en las entidades nacionales y territoriales para fortalecer la gestión intra e interinstitucional para la implementación de la Política y priorizar en las herramientas de gestión y desarrollo territorial (planes de ordenamiento territorial, planes de desarrollo, visiones estratégicas o de largo plazo, entre otros) acciones y espacios para materializar las necesidades de las personas mayores.

7.3 Financiación de la Política

Corresponde a las entidades del orden nacional, departamental distrital y municipal destinar recursos propios para el financiamiento de las acciones que garanticen el cumplimiento de las metas que deriven del plan de acción de la presente política. También podrán usarse aquellos cuya destinación corresponda con las acciones establecidas como es el caso de los recursos para la atención a población en condición de vulnerabilidad, y todos aquellos recursos adicionales que las entidades destinen para tal fin. Podrán concurrir también aquellos recursos gestionados por el Gobierno Nacional, Departamental y Distrital, provenientes del sector privado y de cooperación internacional.

La ejecución de los recursos provenientes de la Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor, cuya destinación específica se encuentra definida en el marco legal vigente, junto con los demás recursos que las entidades territoriales destinen para la entrega, operación y/o funcionamiento de los servicios de atención a esta población, deberán en adelante realizarse bajo criterios de calidad y eficiencia, implementando herramientas, métodos y criterios para la planeación periódica y la priorización de la demanda poblacional en cada territorio. El seguimiento a la ejecución deberá incluir entre otros, criterios que permitan evaluar la eficiencia del gasto, de modo que los presupuestos anuales se ajusten progresivamente a las necesidades específicas de cada entidad territorial. La definición de estándares para la prestación deberá servir para ajustar los costos unitarios de atención.

Las entidades territoriales, además de mejorar la calidad y oportunidad de los reportes sobre la ejecución presupuestal que la Ley establece, deberán al final de cada vigencia, previa evaluación y análisis, tomar las medidas que consideren convenientes en materia de asignación presupuestal para la siguiente vigencia. La financiación de los centros de atención al adulto mayor, así como los subsidios que desde diversos sectores se destinen para la atención de las personas mayores en estas instituciones deberán estar orientados de manera exclusiva a aquellos centros que demuestren el cumplimiento de los requisitos y estándares definidos para la prestación de los servicios, de modo tal que se garantice la calidad y la oportunidad en la atención.

7.4 Monitoreo y Evaluación de la Política

Para el monitoreo y evaluación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez se contará con los indicadores definidos para cada una de las metas del plan de acción de la Política, establecidas a corto, mediano y largo plazo, y de acuerdo con la competencia de la nación, los departamentos, los distritos y los municipios. Los indicadores deberán ser reportados mediante el mecanismo que el Gobierno Nacional destine para tal fin. La consolidación y reporte de información serán responsabilidad de las entidades del orden nacional y departamental que desarrollen acciones en el plan de acción de la presente política, en el marco de sus competencias.

Cada entidad responsable, además del reporte de indicadores, deberá enviar al Ministerio

de Salud y Protección Social, un informe anual de avance sobre de la Política a la Oficina de Promoción Social, de acuerdo con los parámetros que el Ministerio defina para ello. Lo anterior en cumplimiento de lo establecido por la Ley 1251 de 2008, artículo 24, o norma que la modifique o sustituya. Para facilitar la elaboración del informe anual que se presenta ante el Congreso de la República, se adoptará como instrumento un tablero de control mediante el cual se identifiquen los porcentajes anuales de avance, según el cumplimiento de las metas sea de corto, mediano o largo plazo.

Las entidades del nivel nacional y las entidades territoriales harán un reporte semestral al cumplimiento de metas y el avance en las acciones del plan de acción intersectorial de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez. Este proceso y el mecanismo de reporte periódico se establecerá de acuerdo con lo que determine este Ministerio, una vez se cuente con la aprobación del plan de acción intersectorial por parte del Consejo Nacional de Persona Mayor.

Durante el primer año de implementación, es decir 2022 y hasta contar con la aprobación del Plan de acción intersectorial, las entidades del Gobierno Nacional y las entidades territoriales deberán enviar un informe al Ministerio de Salud y Protección Social, categorizado por ejes de la PPNEV y con la estructura que se determine, para dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 33 de la Ley 1251 de 2008.

7.5 Articulación de la Política de Envejecimiento y Vejez con otras políticas públicas sectoriales

Adicionalmente, se debe partir del análisis del proceso de articulación de las acciones desarrolladas en diversas políticas públicas y otros instrumentos de planeación, en fase de formulación o implementación de diferentes políticas públicas existentes en el país, con el fin de evitar duplicidades y establecer elementos del abordaje diferencial que se requieren debido a la complejidad y transversalidad de la atención al proceso de envejecimiento y vejez, al cual se interviene mediante la implementación de varias políticas y del desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales. Estas interacciones sectoriales comprometen a la institucionalidad en la articulación de políticas, líneas de acción, metas y recursos, los cuales según su misionalidad aportan a la implementación de la política. Al respecto, es importante tener en cuenta el diálogo con otras políticas públicas del orden nacional, que protegen a los grupos de población que a causa de razones históricas y culturales suelen estar en desventaja para el ejercicio efectivo de sus derechos. Se precisan a continuación las principales políticas nacionales que guardan más estrecha relación con la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

La Política Pública Nacional de Equidad de Género - CONPES Social 161 de 2013, evidencia disparidades en la participación de las mujeres en diferentes escenarios sociales, frente a una ventaja masculina en el acceso y participación. Las principales desventajas se centran en el caso de las mujeres que habitan territorios rurales, y en aspectos como: la participación en escenarios de poder y toma de decisiones, la permanencia en el sistema educativo, el logro de los derechos sexuales y reproductivos y el cuidado a otros, entre los cuales se encuentran las personas mayores. La violencia basada en el género es otra situación que destaca esta Política y que señala como un grave problema "de salud pública, de convivencia, de seguridad pública y de justicia" (DNP, 2013, p. 33). Si bien la Política no hace alusión a las mujeres mayores, es claro que, a lo largo de su curso de vida, muchas mujeres hoy mayores, experimentaron situaciones de vulneración de sus derechos.

La Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias busca promover y fortalecer las capacidades de las familias, entendidas como sujetos colectivos de derechos y protagonistas del desarrollo social. Esta propende por reconocer la diversidad de las familias de acuerdo a su contexto geográfico, cultural y sus relaciones con la comunidad y la sociedad y destacar su papel como agente de transformación. Se destacan en la Política los cambios en la conformación de las familias debido a la transición demográfica, el aumento de la esperanza de vida, la disminución de los hogares multigeneracionales y el aumento de aquellos generacionales solo con personas mayores y sin niños y las situaciones que más han afectado la conformación como el conflicto armado o que llevan a la sobrecarga femenina en la estructura familiar como el cuidado.

Por su parte, la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social –PPDIS llama la atención sobre situaciones como la discriminación y el desconocimiento de las capacidades de la población, la respuesta inadecuada de los servicios de salud a sus necesidades, la presencia de barreras de acceso a la educación, el trabajo, el emprendimiento y a los entornos físico, social, económico, político y cultural, la dependencia económica, la baja autoestima, la limitación del desarrollo de las potencialidades de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores la información estadística restringida y carencia de investigaciones sobre los derechos de esta población. En lo que se refiere a la persona mayor, se ha identificado que las mayores prevalencias de discapacidad se encuentran en las personas mayores de 80 años, debidas a enfermedad general.

La Política Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas - CONPES 4031 de 2021 tiene como objetivo “optimizar el acceso de las víctimas del conflicto armado a las medidas de prevención, protección, atención, asistencia y reparación establecidas en la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras de 2011 y los decretos leyes étnicos, conforme a la prórroga establecida en la Ley 2078 de 2021 hasta el 2031” (p. 71). Para su implementación refiere acciones diferenciales para las personas mayores, quienes viven graves afectaciones a sus derechos a causa de un impacto desproporcionado del conflicto en este grupo de población, especialmente debido a que el desplazamiento forzado genera o acentúa problemas de salud física y mental, así como las condiciones de discapacidad en personas mayores. Por esto, la Política refiere la implementación de estrategias dirigidas específicas dirigidas a personas mayores víctimas del conflicto armado.

Respecto a la Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2021-2031, esta busca “garantizar la protección, restablecimiento de los derechos e inclusión social de las personas habitantes de la calle, mediante acciones intersectoriales que prevengan la vida en la calle, permitan su superación, y mitiguen y reduzcan el daño ocasionado por esta opción de vida” (MSPS, 2020, p. 32). Refiere que en la población en riesgo debe priorizarse la prevención de la habitancia de calle en comunidades y familias expuestas a los factores predisponentes y que cuenten entre sus miembros con personas mayores solas y/o en riesgo de maltrato, personas en condición de discapacidad solas y/o en riesgo de maltrato, personas con orientación sexual distinta a la heteronormativa, mujeres gestantes, personas con trastornos de salud mental, o por consumo de sustancias psicoactivas, y población migrante. También señala grupos de población habitante de la que se deben visibilizar para la atención prioritaria, por su mayor nivel de riesgo a las afectaciones de la vida en calle, entre los cuales se encuentran las personas mayores, por lo cual es necesaria la identificación de la población que hacen parte de este grupo.

La Política Pública Nacional para el desarrollo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre, Hacia un territorio de paz 2018-2028,

pretende “fomentar e incentivar el Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre y promover espacios de paz y convivencia como herramienta de transformación, inclusión y equidad social en el marco del posconflicto a todos los colombianos” (Coldeportes, 2021, p. 39). Esta Política propone acciones de formación integral con enfoque diferencial hacia diferentes comunidades entre las cuales se encuentran las personas mayores, para las cuales propone una estrategia nacional de recreación para persona mayor y el desarrollo del Programa Nacional Nuevo Comienzo, dirigido específicamente a esta población.

ANEXOS

Anexo 1. Proceso participativo con la sociedad civil

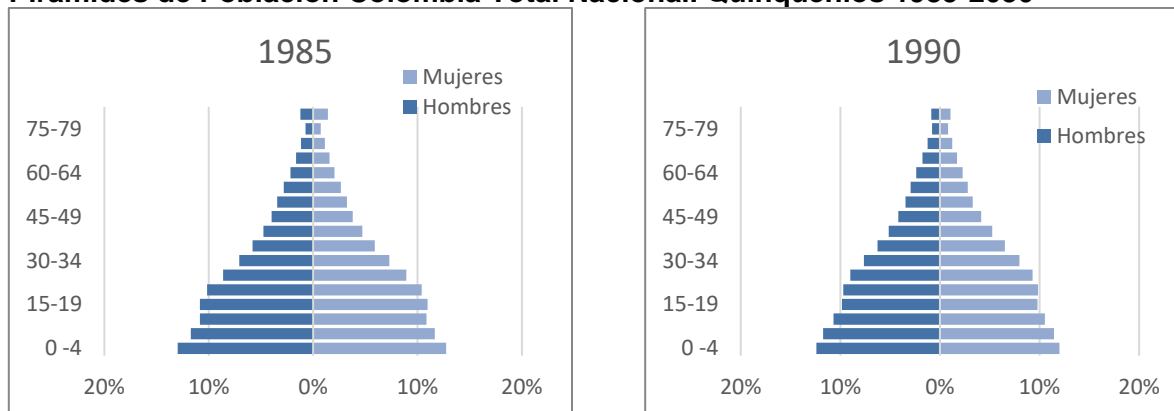
Como se mencionó anteriormente, desde el segundo semestre de 2021 el Ministerio de Salud y Protección Social lideró el desarrollo de un proceso de participación para la construcción de esta Política, realizando 69 jornadas con una asistencia de 1.637 personas provenientes de 35 entidades territoriales, correspondientes al 87% del territorio nacional. Para estas jornadas se contó con el apoyo de las entidades que lideran la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez a nivel territorial, entre ellas, las secretarías de salud y desarrollo social de departamentos y distritos. Las entidades territoriales participantes fueron los departamentos de Antioquia, Atlántico, Arauca, Boyacá, Bolívar, Caldas, Casanare, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Chocó, Guaviare, Guainía, Huila, La Guajira, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Risaralda, Santander, San Andrés, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés, Vichada y los distritos de Bogotá, Barrancabermeja, Cartagena, Santa Marta, Barranquilla, Cali, Riohacha y Buenaventura.

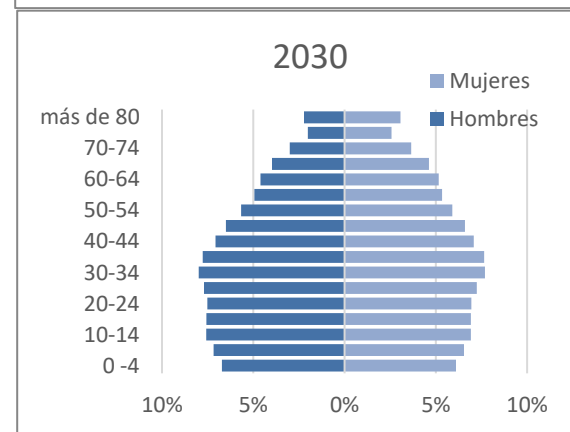
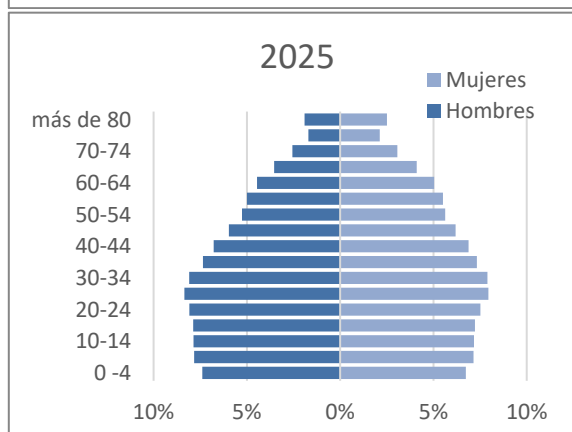
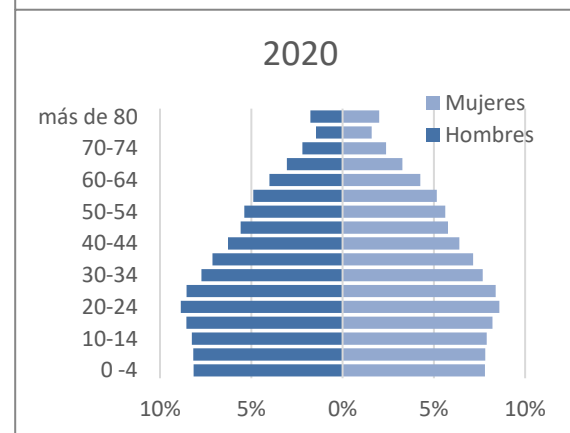
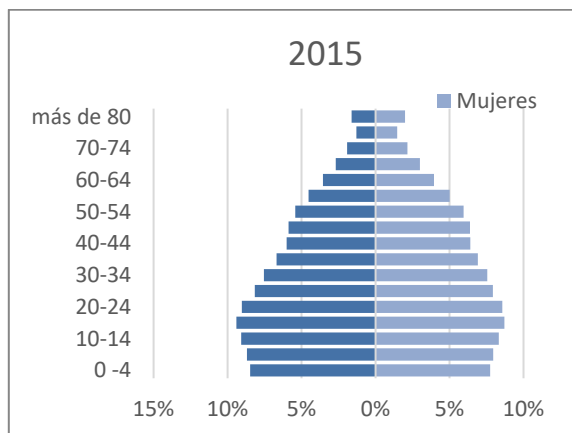
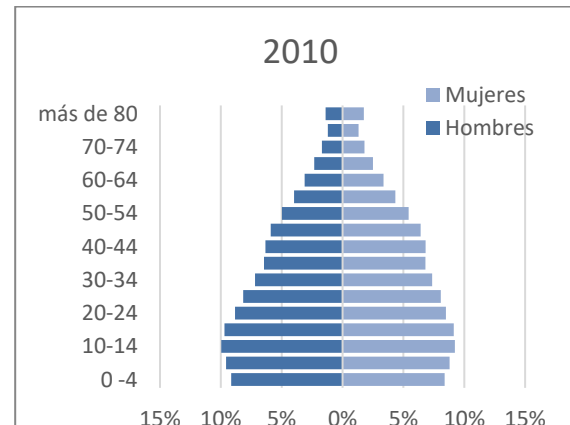
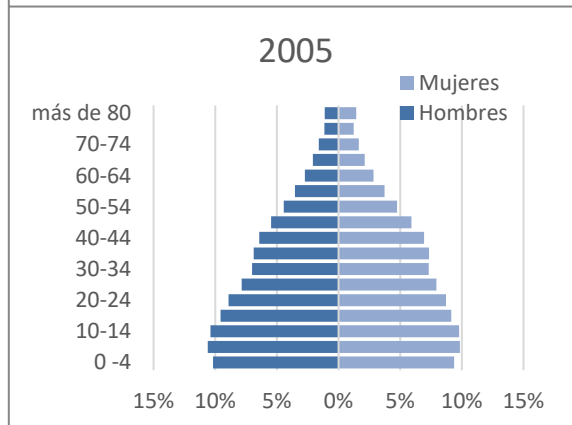
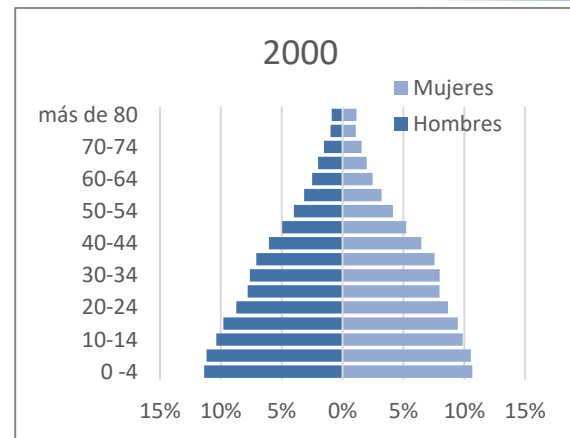
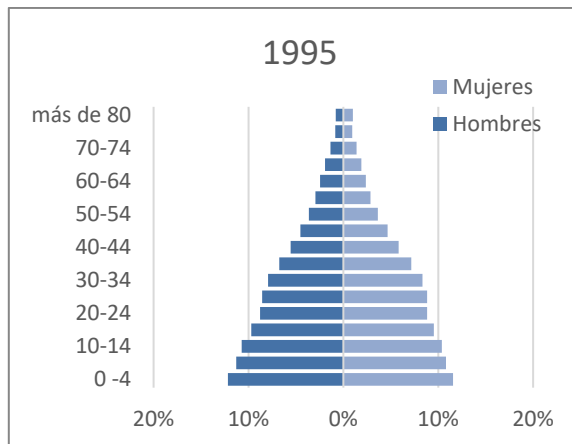
Cabe resaltar la importante participación femenina con 1.125 participantes (68.7% del total de participantes); 486 personas se identificaron con el sexo masculino (29.7%) y 1 persona se identificó como intersexual (0.06%). Del total de participantes, 444 personas son mayores (28% del total de participantes en las diferentes jornadas) y 1.050 con edades entre los 19 y 59 años (65%); 774 (47%) personas pertenecen a entidades gubernamentales del orden territorial, 582 (36%), son actores de la sociedad civil, 264 personas (16%), participaron como operadores o prestadores de servicios para personas mayores, 8 pertenecientes a sociedades científicas (1%), 6 representantes de la academia (0.37%) y 3 personas no registraron el tipo de actor (0.18%). Este proceso de participación en los espacios de consulta de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, habla del interés y urgencia de contribuir a que las personas mayores logren una vejez digna, saludable y autónoma, en el marco de la protección y garantía de sus derechos y libertades fundamentales y de la necesidad de crear entornos favorables desde la primera infancia, de manera que se modifiquen las tendencias que prevén condiciones precarias de vida y un aumento de la dependencia funcional.

Anexo 2. Ampliaciones del Diagnóstico

Aspectos demográficos del envejecimiento en Colombia

Pirámides de Población Colombia Total Nacional. Quinquenios 1985-2030







Fuente: Cálculos Ministerio de Salud, Oficina de Promoción Social, con base en DANE, Proyecciones y retroproyecciones de población nacional para el periodo 1950-2017 y 2018-2070 con base en el CNPV 2018

Morbilidad atendida

Morbilidad atendida según departamento de atención y agrupación de causas 2015-2020

Departamento	Condiciones transmisibles y nutricionales	Condiciones maternas perinatales	Enfermedades no transmisibles	Lesiones	Signos y síntomas mal definidos
Antioquia	14,0%	7,3%	14,6%	15,6%	14,1%
Atlántico	6,1%	9,8%	5,3%	5,7%	5,9%
Bogotá, D.C.	15,8%	12,6%	18,3%	17,0%	18,3%
Bolívar	4,6%	3,7%	3,9%	4,0%	4,2%
Boyacá	2,3%	1,5%	2,8%	2,6%	2,6%
Caldas	2,3%	0,5%	2,6%	2,8%	2,6%
Caquetá	0,7%	0,1%	0,6%	0,5%	0,5%
Cauca	2,7%	0,8%	2,3%	2,6%	2,3%
Cesar	2,0%	2,1%	1,7%	1,8%	1,9%
Córdoba	4,2%	15,2%	3,0%	3,3%	3,2%
Cundinamarca	5,4%	2,3%	5,8%	5,7%	5,7%
Chocó	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%
Huila	2,4%	0,4%	2,1%	2,0%	2,2%
La Guajira	1,3%	0,7%	1,0%	0,8%	1,0%
Magdalena	2,8%	4,0%	2,2%	2,2%	2,4%
Meta	1,6%	3,5%	1,7%	1,3%	1,9%
Nariño	3,3%	0,8%	2,8%	3,0%	2,6%
Norte de Santander	2,9%	8,2%	2,8%	3,3%	2,6%
Quindío	1,4%	0,5%	1,6%	1,4%	1,4%
Risaralda	2,3%	0,7%	2,6%	2,4%	2,5%
Santander	4,7%	4,1%	4,8%	4,1%	4,5%
Sucre	1,9%	11,0%	1,6%	1,5%	1,8%
Tolima	3,0%	0,7%	3,1%	3,0%	3,1%
Valle del Cauca	10,2%	5,7%	10,7%	11,9%	10,5%
Arauca	0,3%	0,1%	0,4%	0,3%	0,3%
Casanare	0,5%	0,2%	0,5%	0,4%	0,6%
Putumayo	0,4%	0,1%	0,4%	0,4%	0,4%
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Amazonas	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Guainía	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%



Guaviare	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
Vaupés	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Vichada	0,1%	2,9%	0,1%	0,0%	0,1%

Fuente: MSPS – SISPRO, Cubo de información Prestación Servicios de Salud, fecha de corte diciembre 2020

Anexo 3. Ejes Estratégicos y líneas de acción de la política

Eje Estratégico 1	Línea de Acción	Metas propuestas
Eje 1. Superación de las desigualdades en las personas mayores	1 Promoción de la empleabilidad, empleo, generación de ingresos y emprendimiento	1.1 Implementar a nivel nacional, municipal y distrital estrategias para la promoción del empleo y el acceso al trabajo de las personas mayores, eliminando prácticas discriminatorias en la contratación, selección, formación y promoción de mujeres y hombres mayores.
		1.2 Incrementar el acceso de las personas mayores a la oferta existente de programas de emprendimiento.
		1.3 Incrementar la cobertura y acceso a programas de capacitación para las personas mayores, que favorezcan su ingreso al mercado laboral.
		1.4 Implementar estrategias e incentivos para proteger el empleo de las personas mayores.
		1.5 Generar líneas de crédito en condiciones blandas y servicios para los emprendimientos liderados o conformados por personas mayores y sus familias.
	2 Protección y garantía del derecho a la salud	2.1 Incorporar en los planes de desarrollo territorial y en los planes territoriales de salud los lineamientos de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez en materia de salud física y mental para las personas mayores, con el fin de promover la salud, prevenir y controlar la enfermedad, la discapacidad y atender las condiciones crónicas de salud.
		2.2 Fortalecer el modelo de Atención Primaria en Salud, para garantizar una atención integral de calidad –desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos– lo más cerca posible de sus lugares habituales de vivienda
		2.3 Desarrollar un sistema de seguimiento periódico a la calidad en el acceso a los servicios en salud para las personas mayores y sobre las barreras de acceso a los mismos.



Eje Estratégico 1	Línea de Acción	Metas propuestas	
		2.4	Fortalecer el uso de la Telemedicina en la atención integral en salud para las personas mayores.
		2.5	Reducir los indicadores de peticiones, quejas, reclamos o tutelas formuladas por las personas mayores, en relación con las barreras de acceso, administrativas, financieras y de calidad en la prestación de los servicios de salud.
		2.6	Desarrollar, adaptar y/o actualizar guías de práctica clínica para prevenir, tratar y rehabilitar morbilidad prevalente en personas mayores, síndromes geriátricos y controlar factores de riesgo de discapacidad, dependencia funcional y mortalidad evitable, con énfasis en protocolos y guías de autocuidado, hábitos y estilos de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en personas mayores.
	3 Promoción del derecho a la vivienda digna y de hábitats naturales sanos	3.1	Implementar estrategias diferenciales para el acceso a créditos, subsidios y demás mecanismos para el acceso a vivienda para personas mayores y hogares con personas mayores.
		3.2	Desarrollar mecanismos jurídicos de protección y prevención al desalojo forzoso de hogares conformados por personas mayores.
		3.3	Desarrollar estándares de vivienda accesible para personas mayores que incorporen ajustes razonables de acuerdo con criterios de diseño universal, para facilitar el envejecimiento en el hogar y disminuir las necesidades de institucionalización.
		3.4	Aumentar el porcentaje de hogares con personas mayores y en condición de vulnerabilidad extrema, que tengan acceso a vivienda propia.
		3.5	Garantizar la calidad y acceso a los servicios públicos y sanitarios en los hogares con personas mayores en las áreas urbana y rural.
		3.6	Incorporar dentro de las estadísticas de financiación de vivienda (FIVI) información que dé cuenta del acceso a créditos o subsidios otorgados a personas mayores para compra o mantenimiento de vivienda, asegurando el acceso a dicha información.



Eje Estratégico 1	Línea de Acción		Metas propuestas	
	4	Promoción de la cultura, ocio y aprovechamiento del tiempo libre	4.1	Promover el acceso y participación de las personas mayores a los servicios y agendas culturales y desarrollar iniciativas dirigidas a este segmento poblacional.
			4.2	Desarrollar estrategias que realcen y visibilicen las prácticas artísticas y culturales de las personas mayores.
	5	Fomento de la actividad física, el deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre	5.1	Garantizar el acceso e incrementar la cobertura de los programas de fomento de la actividad física para personas mayores, incluyendo las específicas para quienes presentan limitaciones funcionales.
			5.2	Desarrollar estrategias de evaluación y monitoreo de los programas de fomento de la actividad física para personas mayores.
			5.6	Implementar acciones que fomenten las prácticas deportivas en las personas mayores.
	6	Fomento de la protección social y la seguridad económica	6.1	Aumentar la tasa de cobertura del sistema pensional colombiano
			6.2	Ajustar los criterios de focalización e incrementar la cobertura de programas de transferencias condicionadas a las personas mayores, de acuerdo con estándares diferenciales del costo de vida territorial y de sus condiciones de vida.
	7	Fomento de la accesibilidad y movilidad	7.1	Desarrollar estrategias que favorezcan la accesibilidad y la movilidad de las personas mayores en espacios públicos y privados.
	8	Promoción del acceso y uso de las tecnologías de la información y la comunicación – TIC y alfabetización digital	8.1	Desarrollar alianzas público-privadas para estimular el uso de tecnologías de la información entre las personas mayores.
			8.2	Aumentar las estrategias de alfabetización en el uso de las tecnologías de información y de comunicación entre las personas mayores.
			8.3	Aumentar el uso de las tecnologías de información y de comunicación entre las personas mayores y mantener un seguimiento sobre el acceso a estas herramientas.
Eje 2. Participación, inclusión y el buen trato hacia las personas mayores	1	Promoción del buen trato y prevención de violencias en personas mayores	1.1	Implementar las rutas intersectoriales de acceso para la protección, prevención y atención del abandono, el maltrato y las violencias contra personas mayores.
			1.2	Desarrollar un sistema de información unificado sobre violencia en el país, desagregado en los distintos diferenciales poblacionales, geográficos y por modalidad de violencia.



Eje Estratégico 1	Línea de Acción		Metas propuestas	
			1.3	Generar análisis y estudios desagregados sobre violencia para personas mayores, desde el Observatorio de violencias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
			1.4	Reducir los casos de violencia contras las personas mayores.
	2	Fortalecer la capacidad jurídica y el acceso a la justicia de las personas mayores	2.1	Fortalecer los mecanismos para garantizar el ejercicio pleno de la capacidad jurídica de las personas mayores, a partir del diseño y difusión de rutas que orienten sobre los efectos de la eliminación de la interdicción judicial y el acceso a los apoyos formales y ajustes razonables para el desarrollo de los actos jurídicos que así lo requieran.
			2.2	Desarrollar estrategias para divulgar las rutas de acceso a la justicia para la protección de derechos y libertades fundamentales de las personas mayores.
	3	Promoción de la Inclusión de las personas mayores a través de la eliminación de las prácticas de discriminación	3.1	Desarrollar estrategias intersectoriales destinadas a eliminar la discriminación por razones de edad y comprensión negativa del envejecimiento y la vejez en el ámbito público y privado.
	4	Promoción de la integración y la participación familiar y social	4.1	Formular estrategias para fortalecer o restablecer los vínculos familiares, encaminados a reconocer las obligaciones de la familiar en la prestación de atención y asistencia a las personas mayores.
			4.2	Promover encuentros intergeneracionales donde para la divulgación de experiencias, la inclusión y la resignificación de las personas mayores y que pueden intercambiarlo con otros grupos poblaciones.
			4.3	Fortalecer acciones comunitarias que permitan articular redes sociales en favor de las personas mayores haciéndolos parte activa de la comunidad donde residen.
	5	Fortalecimiento de la participación política de las personas mayores	5.1	Fomentar programas o proyectos a nivel territorial que favorezcan la organización y participación de las personas mayores en la vida social, económica, política, cívica y espiritual, mediante asociaciones y organizaciones formalmente conformadas.
			5.1	Fomentar y fortalecer las redes de y para personas mayores, grupos de autoayuda y voluntariado, destinadas a favorecer la construcción de tejido social y comunitario de apoyo y solidaridad intergeneracional.



Eje Estratégico 1	Línea de Acción		Metas propuestas	
Eje 3. Atención a la dependencia y organización del cuidado	1	Fortalecer las estrategias de cuidado de las personas mayores en el marco del Sistema Nacional de Cuidado	1.1	Integrar la oferta de servicios sociosanitarios de atención integral en salud para personas mayores en el Sistema Nacional de Cuidado (SINACU).
	2	Generar estándares para la prestación de servicios de atención integral para personas mayores	2.1	Establecer los criterios para identificar a la población de personas mayores en condición de vulnerabilidad manifiesta y/o en riesgo social (personas mayores con trastorno mental, abandono, con discapacidad, en situación de calle o con dependencia funcional), como mecanismo para focalizar el acceso a los servicios sociosanitaria de atención integral.
			2.2	Establecer estándares de calidad para los centros de atención de larga estancia, centros vida y centros día, y centros de ayuda a domicilio, implementados y con seguimiento.
			2.3	Establecer estándares para el uso de los recursos dirigidos a las modalidades de atención a personas mayores, buscando efectividad y seguimiento.
	3	Crear el Registro de Instituciones de cuidado para personas mayores.	3.1	Desarrollar el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios Sociales y Sociosanitarios (REPSSO), como una herramienta tecnológica, articulada al sistema Integrado de Información de la Protección Social –SISPRO,
			3.2	Fortalecer los sistemas de inspección vigilancia, control y seguimiento sobre la oferta, la demanda, la calidad de los servicios sociosanitarios de atención integral y diferencial a la persona mayor, así como de los recursos públicos disponibles para cofinanciar su operación.
Eje 4. Envejecimiento activo y saludable	1	Promoción y mantenimiento de la salud física y mental	1.1	Fortalecer los programas de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos al fomento de hábitos y estilos de vida saludable en los diferentes momentos del curso de vida, incluida la vejez.
			1.2	Realizar evaluaciones de impacto y/o resultado de las estrategias y programas existentes para el fomento de la salud física y mental de las personas mayores.



Eje Estratégico 1	Línea de Acción		Metas propuestas
			1.3 Alentar la cultura del autocuidado en diferentes instrumentos de política pública, con el fin de crear conciencia y desarrollar aptitudes y actitudes personales, comunitarias y familiares durante el proceso de envejecimiento, que permitan prevenir las enfermedades, favorecer el bienestar y anticipar una mejor calidad de vida durante la vejez.
	2	Fomento de la seguridad alimentaria y nutricional	2.1 Aumentar el acceso de las personas mayores de zonas rurales y dispersas, en condición de vulnerabilidad, a una alimentación saludable, nutritiva y suficiente.
	3	Articulación con otras políticas frente a la creación y fortalecimiento de entornos saludables	3.1 Proponer un eje de envejecimiento y vejez en el Plan Nacional de Desarrollo con líneas de acción específicas en territorio.
	4	Ajustes normativos y políticos para fortalecer los procesos en torno al envejecimiento activo y saludable	4.1 Desarrollar mesas de trabajo intersectoriales para la revisión de la normatividad vigente asociada con el envejecimiento activo y saludable en articulación con los Consejos Territoriales y otros espacios de participación de personas mayores.
			4.2 Formular los proyectos normativos y surtir el trámite legislativo y/o el procedimiento de técnica normativa para su expedición, con base en las recomendaciones derivadas de las mesas de trabajo intersectoriales.
	5	Aumentar la cobertura de afiliación al Sistema General de Pensiones	5.1 Aumentar la cobertura de afiliación a los fondos de pensiones y divulgación periódica de la dinámica de afiliación y cotización a fondos de pensiones públicos y privados en los sectores urbano y rural.
			5.1 Desarrollar estrategias que permitan avanzar en la formalización del empleo rural, para garantizar las prestaciones de seguridad social a las personas mayores trabajadoras de los sectores agropecuario y minero.
	1	Fomento de la educación y el aprendizaje a lo largo de la vida	1.1 Incentivar la vinculación de personas mayores a la oferta de formación en educación básica, media y superior.
Eje 5. Educación, Formación e investigación			1.2 Incentivar la vinculación de personas mayores a la oferta de programas de formación para el trabajo y el desarrollo humano.
			1.3 Promover el reconocimiento de aprendizajes previos de las personas mayores, mediante la evaluación y certificación de



Eje Estratégico 1	Línea de Acción	Metas propuestas
	2	competencias, que favorezca su inclusión en el mercado laboral.
		2.1 Promover el acceso de personas mayores y las familias a programas de formación informal, en técnicas y buenas prácticas para el cuidado y temáticas relacionadas con los procesos de envejecimiento y vejez.
		2.2 Desarrollar programas de respiro para cuidadores familiares, institucionales y de atención domiciliaria de personas mayores con dependencias funcionales, demencias y discapacidades.
	3	2.3 Caracterizar y georreferenciar a las personas como cuidadoras y promover un reparto equitativo en la provisión de cuidados en el ámbito familiar cuando estos son provistos por mujeres mayores.
		3.1 Desarrollar programas de formación continua y especializada en materia de vejez y envejecimiento para profesionales de los diferentes campos del conocimiento.
		3.2 Extender el servicio social obligatorio o las prácticas laborales para obtener títulos de pregrado o postgrados en salud, y evaluarse la posibilidad de incluir las prácticas de otros programas de formación relacionados con el cuidado, de formación para el trabajo, que apoyen los procesos de cuidado especialmente en centros públicos de atención de personas mayores y/o mediante la estructuración de programa de capacitación en cuidado y promoción de la salud de las personas mayores.
		3.3 Incentivar la incorporación de contenidos curriculares, orientados a promover el paradigma del envejecimiento activo y saludable, en la oferta educativa básica pública y privada.
		3.4 Incentivar en el contexto de la educación superior la generación de cátedras y/o contenidos curriculares transversales, relacionadas con el tema del envejecimiento activo y saludable y la vejez.
		3.5 Promover en los procesos de formación de educación para el trabajo y el desarrollo humano, cursos y/o contenidos relacionados con los procesos de envejecimiento y vejez y preparación para el cuidado de las personas mayores.



Eje Estratégico 1	Línea de Acción		Metas propuestas	
	4	Promoción de la investigación relacionada con la vejez y el envejecimiento	4.1	Realizar estado del arte de experiencias exitosas de envejecimiento activo y saludable
			4.2	Desarrollar sistemas de incentivos para estimular la investigación en materia de envejecimiento y vejez y la conformación de grupos de investigación en estas materias.
			4.3	Divulgar los resultados de las investigaciones realizadas en materia de envejecimiento y vejez ante el Consejo Nacional de Personas Mayores, las entidades estatales involucradas con el desarrollo de la Política, Instituciones de Educación superior y al público interesado, para favorecer la toma de decisiones en materia de política pública.
			4.4	Desarrollar la nueva versión del instrumento de estudio poblacional: Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE 2025.

Referencias bibliográficas

- Abramovich, V. y C. Courtis (2006), *El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*, Buenos Aires, Editores del Puerto.
- Abramovich, V. y C. Courtis (2006), *El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*, Buenos Aires, Editores del Puerto. Citado por Sandra Huenchuan y Luis Rodríguez-Piñero (2010) p 20.
- Agenda 2030 para el desarrollo sostenible (2015). Ver: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/L.1&Lang=S
- Aguirre, R y Scavino S. (2018). Aguirre Rosario y Scavino Sol (2018). *Vejececes de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. Cepal. Disponible en: <https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/Vejececesdelasmujeres.pdf>
- Alvarado, F., Meléndez, M., & Pantoja, M. (2021). *Mercados laborales fragmentados y el sistema de protección social en Colombia*. UNDP LAC Working Paper No. 14. Disponible en: https://www.misionempleo.gov.co/Documentos%20compartidos/Informe_Final_Doc_Diagnostico/Mercados_laborales_fragmentados.pdf
- Alvarado Alejandra, Salazar Ángela (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Aranco, N. et al. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Arango, V.E. (2007). *Dilemas éticos en la enfermedad de Alzheimer*. (Tesis de grado de Maestría en Bioética Clínica). Bogotá: Universidad El Bosque.
- Arango, V.E. (2012). *El curso de vida*. En Gutiérrez, L. M. y Kershenobich, D. *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. México: UNAM,
- Arber, S. y Ginn, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*. Madrid: Narcea
- Asamblea mundial sobre envejecimiento” que se desarrolló en Viena, Austria, en 1982. Ver: <https://www.un.org/es/conferences/ageing/vienna1982#:~:text=Fue%20el%20primer%20instrumento%20internacional,Asamblea%20Mundial%20sobre%20el%20Envejecimiento>.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2019). “Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia”. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-colombia>
- Banco Interamericano de Desarrollo (2019). “Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe”. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Bermejo, J. C. Humanizar la asistencia sanitaria: aproximación al concepto. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1996.

Brusco, A. (1999). Humanización de la asistencia al enfermo. Bilbao: Sal Terrae.

Dabove, M. I. (2018). Derechos personalísimos en la vejez. En: Lex, (21):173-193.

Dotta, A. y Monge, A. (2020). La participación ciudadana de las personas mayores como mecanismo de exigibilidad de derechos. En: Revista costarricense de trabajo social. 37. Disponible en: <https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/view/363/539>

Departamento Nacional de Planeación (2018). CONPES 3918. Estrategia para la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) en Colombia. Bogotá: DNP

Calvo, G. y Carvallo, P. (2015). De la responsabilidad social a la responsabilidad territorial empresarial. Tercera conferencia internacional en responsabilidad social en minería. Disponible en https://ifsra.org/wp-content/uploads/2018/06/Articulo-RTE_SRmining_VF_Esp.pdf. Y Calvo, Guillen; Pérez-Hoyos, Oscar Iván; Romero-Amaya, María Claudia. "Miradas cruzadas sobre el enfoque territorial de la responsabilidad social, la gobernanza y la sostenibilidad. 2020 Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/675/67562988002/67562988002.pdf>

Calvo Guillen, Pérez Oscar Iván, Romero María (2020). Miradas cruzadas sobre el Enfoque territorial de la Responsabilidad social, la Gobernanza y la sostenibilidad. Disponible en: <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/opera/article/view/6355/8456>

Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe" (2012). Ver: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21534-carta-san-jose-derechos-personas-mayores-america-latina-caribe>

Carvajal, D.M. (2017). Del Enfoque Territorial, sus características y posibles inconvenientes en su aplicación en el marco del acuerdo de paz. En: Univ. Estud. 16: 57-76. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/44210/4.%20Daniel%20Carvajal.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Castells, M. (1997). La era de la información: El poder de la identidad. México: Siglo XXI.

Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (2009). Carta iberoamericana de participación ciudadana en la gestión pública. Lisboa: CLAD.

Cisneros, V., Carmona, B., Domínguez, N., Hernández, D., & Sánchez, Y. (2015). Eficacia de la plataforma Cobs en trastornos de equilibrio, postura y marcha de la persona mayor. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 7(1): 42-54.

Conferencia Mundial sobre Atención Primaria en salud de Astaná, Kazajistán (2018). Ver: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2009). Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? Santiago de Chile: CEPAL.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2010). Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. Santiago de Chile: CEPAL.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2011). Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos. Santiago de Chile: CEPAL.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2012). Carta de San José de Costa Rica. San José: CEPAL.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2012). Envejecimiento, solidaridad y protección social: La hora de avanzar hacia la igualdad. Santiago de Chile: CEPAL.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2017). Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía. Santiago de Chile: CEPAL.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2021). Construir un futuro mejor: acciones para fortalecer la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Santiago de Chile: CEPAL

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Organización de los Estados Americanos (OEA). “Políticas públicas con enfoque de derechos humanos” (2018). P.12. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PoliticasyPublicasDDHH.pdf>

Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/ Informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008. Ver: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es

Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013). Ver: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>

Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores” de la Organización de los Estados Americanos (OEA) (2015). Ver: https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

Corte Constitucional. (2017). Sentencia T-252/17. Procedencia excepcional de la tutela cuando se ponen en riesgo derechos fundamentales. Adulto mayor-Sujeto de especial protección constitucional. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-252-17.htm>

Declaración de Asunción” (2017). Ver: <https://www.cepal.org/es/notas/cuarta-conferencia-regional-intergubernamental-envejecimiento-derechos-personas-mayores>

Declaración de Brasilia (2007). Ver: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21505-declaracion-brasil-segunda-conferencia-regional-intergubernamental>

- Dulcey--Ruiz, E., D. Arrubla y P. Sanabria. 2013. "Envejecimiento y Vejez en Colombia". En Serie de Estudios a Profundidad Encuesta Nacional de Demografía y Salud-- ENDS – 1990/2010. Bogotá: Profamilia.
- Edwards, Peggy: 2002. Envejecimiento activo: un marco político. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694>
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 706p. Disponible en: <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/2724>
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Madrid: Pirámide.
- Ferraro, K.F. y Shippee, T.P. (2009). Aging and Cumulative Inequality: How Does Inequality Get Under the Skin? *The Gerontologist*. 49(3).
- Flórez, C.E., Martínez Rodríguez, L.J, & Aranco, N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia. Nota técnica del BID; 1749. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-colombia>
- Forero Borda, L.M., Hoyos Porto, S., Buitrago Martínez, V., Heredia Ramírez, R.A. (2019). Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. *Universitas Médica*. 60(4), octubre-diciembre.
- Flórez, C. E. 2000. *Las transformaciones ociodemográficas en Colombia durante el siglo XX*. Bogotá: Banco de la República--Tercer Mundo Editores.
- Flórez, C. E. 2016. *Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX*. Segunda edición (versión revisada): abril 2016. Documento de Trabajo Facultad de Economía. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Frenk, J., Lozano Ascencio, R. y Bobadilla, J. L. (1994). La transición epidemiológica en América Latina, *Notas de Población*. 22(60).
- Guzmán, J.M. (2002) Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie Población y Desarrollo No 28, CELADE-División de Población de la CEPAL. Santiago de Chile: CEPAL.
- Gutiérrez, L.M., García, M.C. y Jiménez, J.E. (2014). Envejecimiento y dependencia: realidades y previsión para los próximos años. México: Intersistemas editores.
- Hernández, A., Gómez, L., & Parra, D. (2010). Ambientes urbanos y actividad física en población mayor: Relevancia del tema para América Latina. *Revista de salud pública*, 12(2), 327-335. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2010.v12n2/327-335/es>
- Huenchuan Sandra (2004). Notas sobre población Año XXXI, Nº 78, Santiago de Chile. CEPAL Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12763/np78155182_es.pdf?sequence

=1

Huenchuan Sandra y Morlchetti Alejandro, (2007) “Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina”, Revista *Notas de Población* N° 85 (LC/G.2346-P), Santiago, 2007.

Huenchuan. Sandra y Rodríguez-Piñero Luis. (2010) Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. Naciones Unidas, Santiago de Chile. CEPAL. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3803-envejecimiento-derechos-humanos-situacion-perspectivas-proteccion>

Huenchuan, S. y Rodríguez, R. (2014). Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. Ciudad de México: ONU.

Huenchuan. Sandra (2016). Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos. Naciones Unidas, Santiago de Chile. CEPAL. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40197/1/S1600435_es.pdf

Huenchuan, S. y Rovira, A. (Eds.). (2019). Medidas clave sobre vejez y envejecimiento para la implementación y seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe. México: CEPAL.

International Longevity Centre Brazil. (2015). Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution (Primera ed.). (P. Faber, Ed.) Rio de Janeiro, Brasil: International Longevity Centre Brazil. Disponible en: https://ilcbrazil.org/wp-content/uploads/2016/02/Active-Ageing-A-Policy-Framework-ILC-Brazil_web.pdf

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2011). Envejecimiento activo: libro blanco. Madrid: IMSERSO

Jaspers Faijer, Dirk, dir., “El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe” (Documento de trabajo, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), Organización de las Naciones Unidas (ONU), (diciembre de 2009).

Kalache, A. (2015). Prólogo, en: International Longevity Centre Brazil. Envejecimiento activo: un marco político ante la revolución de la longevidad. Río de Janeiro: ILC.

Konstantinidis, E., Billis, A., Mouzakidis, C., Zilidou, V., Antoniou, P., & Bamidis, P. (2016). Design, Implementation, and Wide Pilot Deployment of FitForAll: An Easy to use Exergaming Platform Improving Physical Fitness and Life Quality of Senior Citizens. *IEEE J Biomed Health Inform.* 20(1): 189-200. doi:10.1109/JBHI.2014.2378814

López-Ortega, M. y Aranco, N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Colciencias, Universidad del Valle y Universidad de Caldas. Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y

Envejecimiento en Colombia. Bogotá: Pregraf Impresores.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 Dinámica demográfica y estructura poblacional. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024. Bogotá, D.C. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, Colciencias, Universidad del Valle & Universidad de Caldas. (2016). Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2021-2031. Bogotá, D.C. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.). ABC enfoque de curso de vida. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas de salud y protección social. Direccionamiento estratégico. 2016.

Medellín, N et al. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

Neugarten, B. (1999). Los significados de la edad. Barcelona: Herder.

Nieves María y Robles Claudia (2016). Políticas de cuidado en América Latina Forjando la igualdad. Cepal. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40628/1/S1600887_es.pdf

Okumura, M., Stampini, M., Buenadicha Sánchez, C., Castillo, A., Vivanco, F., Sánchez, M., Ibarrarán, P., Castillo Martínez, P. (2020) La economía plateada en América Latina y el Caribe: El envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión. BID.

Organización de Estados Americanos. (2015). Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Washington: OEA.

Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Ginebra: ONU.

Organización de las Naciones Unidas. (1991). Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas mayores. Ginebra: ONU.

Organización de las Naciones Unidas. (2002). Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Madrid: ONU.

Organización de las Naciones Unidas. (2015), Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030

para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: ONU.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. En: Revista Española de Geriatria y Gerontología. 37, Supl 2. Traducido por el Dr. Pedro J. Regalado Doña. Médico geriatra. Disponible en: https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Decenio del Envejecimiento Saludable, 2020-2030. Ginebra: OMS.

Osorio, P. (2006). La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales, Papeles del CEIC No. 22.

Palipana, S., Rojas, D., Agrawal, P., & Pesch, D. (2017). FallDeFi: Ubiquitous Fall Detection using Commodity Wi-Fi Devices. Proceedings of the ACM on Interactive Mobile Wearable and Ubiquitous Technologies. 1(4):1-25. doi:<https://doi.org/10.1145/3161183>

Papalia Diane, Wendkos Sally, Duskin Feldman. (2010) Desarrollo Humano. Undécima edición. Mc Graw Hill. Disponible en: https://www.moodle.utecv.esiaz.ipn.mx/pluginfile.php/29205/mod_resource/content/1/libro-desarrollo-humano-papalia.pdf

Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). Ver: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing> y https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true

Prat, F. (2008). Bioética en residencias: problemas éticos en la asistencia a la persona mayor. Basauri: Sal Terrae.

Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Protocolo de San Salvador, firmado en 1988 y ratificado por Colombia a través de la ley 319 de 1996. Ver:

https://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/pactos/protocolo_san_salvador.html

República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, 2015-2024. Bogotá: MSPS.

República de Colombia. (2015). Ley 2055 de 2020, por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015. Bogotá: República de Colombia

República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Bogotá: ESAP.

República de Colombia. (2002). Ley 789 de 2002, por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.

República de Colombia. (2013). Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2012-2019.

Resolución 46/1991 de las Naciones Unidas sobre los principios a favor de las personas de edad (1991). Ver: <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>

Sentencias de la Corte Constitucional: Sentencia T-225 de 2005.

Sentencia T-658 de 2013.

Sentencia T-413 de 2013.

Sentencia C 503 de 2014.

Sentencia C-767 de 2014.

Sentencia C-313 de 2014.

Sentencia T-155 de 2014.

Sentencia T-198 de 2014.

Sentencia T-447 de 2014.

Sentencia T-092 de 2015.

Sentencia T-058 de 2016.

Sentencia T-029 de 2016.

Sentencia C-451 de 2016.

Sentencia C-388 de 2016.

Sentencia T- 881 de 2002.

Sentencia C-503 de 2014.

Sentencia T-770 de 2012. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

Sentencia SU-624 de 1999, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

Sentencia T-772 de 2003, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

Sentencia T-025 de 2004, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

Sentencia T-585 de 2008.

Sentencia 536 de 2012.

Sentencia 503 de 2014.

Sentencia 767 de 2014.

Sentencia 493 de 2015.

Sentencia 754 de 2015.

Sentencia de Unificación 01541 de 2016 Consejo de Estado - Sección Segunda

Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid, España (2002). Ver:
<https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf>

Stiefken Arboleda, Juan Pablo (2014) "Altruismo y solidaridad en el Estado de Bienestar".
Universitat Autònoma de Barcelona. Departamento de Sociología. Marzo de 2014.
Disponible en: <https://docplayer.es/12457181-Altruismo-y-solidaridad-en-el-estado-de-bienestar.html>

Touraine, A. (1998). Igualdad y diversidad: las nuevas tareas de la democracia. México: Fondo de Cultura Económica.

Vega, E. (2014). Curso de vida en salud: bases conceptuales e implicaciones. Bogotá: OPS.

Villar, L., Flórez, C. E., Valencia-López, N., Alzate Meza, J. P., & Forero, D. (2016). Protección económica para la vejez en Colombia. ¿Estamos preparados para el envejecimiento de la población? Coyuntura Económica: Investigación Económica y Social. 15-39.

Wong, R., Peláez, M., & Palloni, A. (2015). Autoinforme de salud general en población mayor de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. Revista Panamericana de Salud Pública, 323-332. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v17n5-6/323-332>

World Health Organization. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf