Misión COLOMBIA ENVEJECE

CIFRAS, RETOS Y RECOMENDACIONES

FEDESARROLLO
Centro de Investigación Económica y Social

FUNDACIÓN SALDARRIAGA CONCHA
PUBLICACIONES

Fundación Saldarriaga Concha
Carrera 11 # 94 – 02 of. 502
Bogotá – Colombia

Soraya Montoya González
Directora ejecutiva

Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo)
Calle 78 # 9-91
Bogotá – Colombia

Leonardo Villar Gómez
Director ejecutivo

Misión Colombia Envejece

Investigadores

Fundación Saldarriaga Concha

Soraya Montoya González
Lina María González-Ballesteros
Carmen Elisa Flórez Nieto
Augusto Galán Sarmiento
Norma Sánchez Camargo
Natalia Valencia-López
Lucas Correa Montoya
Alejandro Díaz Oramas
Juan Pablo Alzate Meza
Luisa Berrocal Mora
Isabel Acevedo León
Catalina Ruiz Osorio
Felipe Botero Rodríguez

Fedesarrollo

Leonardo Villar Gómez
Susana Martínez-Restrepo
Catalina Gutiérrez Sourdis
David Forero Torres
Erika Enríquez Chacón
María Cecilia Pertuz
Nadia Puerta Cavanzo
Jonathan Moreno Medina

Comité editorial
María Alejandra Neira
Natalia Valencia López

Edición y corrección de estilo
Claudia Cadena Silva

Diseño y diagramación
Gatos Gemelos Comunicación

ISBN (Online)

978-958-58408-7-4

Esta obra está bajo una *Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial CompartirIgual 3.0 Unported.*

Publicación de la Fundación Saldarriaga Concha, todas las publicaciones FSC están disponibles en el sitio web *www.saldarriagaconcha.org*

El contenido y las posiciones de la presente publicación son responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen a la Fundación Saldarriaga Concha y a Fedesarrollo

Cítese como:
Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 706p.

Contenido

Capítulo 1.
El proceso de envejecimiento de la población en Colombia: 1985 - 2050

1.1. Introducción 18

1.2. Marco teórico 21
1.2.1. Envejecimiento y vejez: aspectos conceptuales 21
1.2.2. La transición demográfica y el envejecimiento poblacional 23

1.3. La percepción de envejecimiento y vejez en la población adulta mayor (según los resultados del análisis cualitativo) 30

1.4. Metodología 39

1.5. Envejecimiento demográfico: cambios en el tamaño y la estructura por edad de la población colombiana 40
1.5.1. El volumen de población y su distribución por edad 41
1.5.2. La distribución relativa por edad 47
1.5.3. Relación de dependencia 52
1.5.4. Índice de envejecimiento 55
1.5.5. Cambios en el tamaño y estructura por edad de las personas mayores en Colombia 59

1.6. Envejecimiento doméstico: los hogares y las personas mayores en Colombia 62
1.6.1. La importancia de las personas mayores en los hogares 62
1.6.2. Las estructuras familiares y las personas mayores 65

1.7. Envejecimiento individual: La longevidad en la población colombiana 69
1.7.1. La expectativa de vida 69
1.7.2. La feminización del envejecimiento 73

1.8. Síntesis 74

1.9. Referencias bibliográficas 77

Capítulo 2.
Protección económica a la población mayor en Colombia

2.1. Introducción 84

2.2. Antecedentes y marco legal del Sistema General de Pensiones en Colombia 86

2.3. Evolución y resultados del sistema pensional en Colombia tras dos décadas de la reforma 89
2.3.1. Cobertura 90
2.3.2. Equidad 98
2.3.3. Solidaridad 101
2.3.4. Sostenibilidad fiscal 103

2.4. Proyección de la cobertura con el modelo pensional de Asofondos 106
2.4.1. Descripción del modelo y supuestos 106
2.4.2. Proyecciones de cobertura en el escenario base 109

2.5. Subsidios económicos para la vejez 113
2.5.1. Marco teórico y mejores prácticas internacionales 116
2.5.2. Las pensiones no contributivas en Colombia: el programa Colombia Mayor 122
2.5.3. Los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) 129

2.6. Caracterización de la población cotizante, pensionada y beneficiaria de Colombia Mayor 132
2.6.1. Caracterización de los pensionados en Colombia 132
2.6.2. Caracterización de los ocupados cotizantes y no cotizantes 136
2.6.3. Razones para no cotizar al SGP 138
2.6.4. Características de los hogares beneficiarios del programa Colombia Mayor 141

2.7. Recomendaciones de política pública 151

2.8. Referencias bibliográficas 155

Capítulo 3.
El mercado laboral y las personas mayores

3.1. Introducción 166
3.2. Marco teórico 168
3.2.1. La tasa de ocupación y el desempleo 168
3.2.2. La informalidad: cómo afecta la preparación económica para la vejez 171
3.2.3. Buenas prácticas: ¿cómo mejorar la preparación económica para la vejez? 177

3.3. Marco legal 180

3.4. Análisis y resultados: caracterización de las personas mayores en el mercado laboral colombiano 182
3.4.1. La actividad principal según el ciclo de vida 182
3.4.2. La tasa de ocupación laboral de las personas mayores 189
3.4.3. Número de horas que trabajan las personas mayores 200
3.4.4. La informalidad laboral de las personas mayores 207
3.4.5. El desempleo en las personas mayores 210
3.4.6. Los ingresos de las personas mayores 213
3.4.7. Los aportes de las personas mayores a sus hogares 222

3.5. Conclusiones e implicaciones de política 226

3.6. Referencias bibliográficas 229

Capítulo 4.
Ahorro e inversión para la vejez

4.1. Introducción 244

4.2. Marco teórico: el ahorro y la teoría del ciclo de vida 244

4.3. El ahorro pensional voluntario y la experiencia en Colombia 246

4.3.1. El sistema de ahorro voluntario en otros países latinoamericanos 246
4.3.2. El sistema de Ahorro Pensional Voluntario en Colombia 248

4.4. El ahorro en activos como mecanismo de protección para la vejez 252

4.5. Caracterización de los mecanismos de ahorro de los hogares colombianos 257
4.5.1. Capacidad de ahorro de los hogares 257
4.5.2. Preparación económica para la vejez 265
4.5.3. Vivienda propia y acumulación de activos de los hogares 269

4.6. Conclusiones 278

4.7. Referencias bibliográficas 281

Capítulo 5.
Diagnósticos y retos del sistema de salud frente al envejecimiento

5.1. Introducción 288

5.2. Perfil de morbimortalidad 289
5.2.1. Preguntas e hipótesis 289
5.2.2. Marco conceptual 289
5.2.3. Metodología 294
5.2.4. Resultados 295
5.2.5. Percepción del estado de salud 312

5.3. Aseguramiento, uso y acceso a los servicios de salud de la población de 60 años o más 315
5.3.1. Marco conceptual y discusión metodológica 316

5.4. Determinantes del estado de salud 331
5.4.1. ¿Qué sabemos sobre los determinantes sociales en salud? 331
5.4.2. Hábitos de vida saludables en Colombia 336

5.4.3. Algunas comparaciones internacionales 341
5.4.4. Modelo del estado de salud de los mayores de 60 años 343
5.4.5. Análisis cualitativo frente al envejecimiento activo 349

5.5. Costos del envejecimiento para el sistema de salud 354
5.5.1. Antecedentes legales: la población mayor de 60 años en el sistema de salud colombiano 355
5.5.2. Bases de datos 359
5.5.3. Gasto en salud 363
5.5.4. Proyección de costos el gasto en aseguramiento en salud 373

5.6. Conclusiones y recomendaciones de política 394

5.7. Referencias bibliográficas 401

ANEXO 1. Datos históricos de afiliación a la seguridad social en salud 409
ANEXO 2. Datos históricos de gasto en salud. Pesos corrientes 410
ANEXO 3. Gasto histórico en seguridad social en salud. Pesos constantes y valor per cápita 414
ANEXO 4. Crecimiento observado del gasto en seguridad social en salud 418

Capítulo 6.
Las personas mayores: cuidados y cuidadores

6.1. Introducción 424

6.2. Marco teórico 427

6.2.1. La definición del cuidado 427
6.2.2. Género y cuidado 429
6.2.3. El cambio en las estructuras familiares y los retos del cuidado intrafamiliar 432
6.2.4. Revisión de buenas prácticas sobre el cuidado: nacionales e internacionales 434

6.3. Marco normativo 444

6.4. Análisis y resultados cuantitativos y cualitativos 445

6.4.1. Demanda de cuidado de las personas mayores y las próximas generaciones 445
6.4.2. Principales fuentes de cuidado a las que recurren las personas mayores 449
6.4.3. Necesidades que la persona mayor espera satisfacer a través del cuidado que le sea provisto: resultados cualitativos 461
6.4.4. Dependencia y autonomía: determinante de las relaciones de cuidado .. 465
6.4.5. Niveles de dependencia en las personas mayores y el cuidado 466
6.4.6. El cuidado de las personas mayores y las enfermedades crónicas 476
6.4.7. Efectos derivados de la provisión de cuidado 480
6.4.8. Intervención del cuidador en la provisión de cuidado a las personas mayores: cuidado directo e indirecto 484

6.5. Oferta del cuidado que proveen las personas mayores 486
6.5.1. El tiempo dedicado al cuidado 486
6.5.2. Persona mayor cuidadora 492
6.5.3. Necesidades que atiende la persona mayor cuidadora: necesidades básicas, instrumentales y socioemocionales 501
6.5.4. Efectos del cuidado en las personas mayores cuidadoras 502

6.6. Conclusiones e implicaciones de política 508
6.6.1. Conclusiones 508
6.6.2. Recomendaciones 512

6.7. Referencias bibliográficas 515

Capítulo 7.
Las personas mayores víctimas del conflicto armado

7.1. Introducción 526

7.2. Marco teórico 528
7.2.1. Las víctimas del conflicto armado en Colombia 528
7.2.2. Algunas características del conflicto armado en clave de vejez y envejecimiento 529
7.2.3. Las personas mayores en el conflicto armado colombiano 532
7.2.4. Protección legal internacional e interna a las víctimas mayores del conflicto armado colombiano 534

7.3. Caracterización de la población víctima del conflicto armado colombiano 537
7.3.1. Caracterización demográfica 537
7.3.2. Los daños y efectos del conflicto armado en las personas mayores 539
7.3.3. Condiciones laborales y de ingreso de la población víctima de desplazamiento forzado 542
7.3.4. El acceso a pensiones por parte de la población en situación de desplazamiento forzado 549
7.3.5. Acceso de la población mayor víctima de desplazamiento forzado a la salud 554
7.3.6. Las personas víctimas mayores: cuidados y cuidadores 558

7.4. Conclusiones e implicaciones de política 563
7.4.1. Implicaciones y recomendaciones 564

7.5. Referencias bibliográficas 567

Capítulo 8
Hábitos de paz y diálogos intergeneracionales: el aporte de las personas mayores a la construcción de la paz en Colombia

8.1. Introducción 576

8.2. Marco teórico 579
8.2.1. La paz como un derecho, la paz como un deber 579
8.2.2. La construcción de paz 582
8.2.3. Cultura y hábitos de paz: la construcción de paz en la escala humana 592

8.3. Análisis y resultados cualitativos 597

8.4. Conclusiones y recomendaciones 607

8.5. Referencias bibliográficas 613

Capítulo 9
Conclusiones y recomendaciones de política

9.1. Retos y recomendaciones de política en pensiones, ahorro y apoyo económico para la vejez 626

9.2. Retos y recomendaciones de política en servicios de salud y necesidades de cuidado 631

9.3. Retos y recomendaciones de política en las personas mayores víctimas, y construcción de paz 633

9.4. Servicios de salud y necesidades de cuidado 636

9.5. Las personas mayores víctimas del conflicto armado 644

9.6. Contrucción de paz 647

9.7. Referencias bibliográficas 649

Capítulo 10
Anexo Metodológico

10.1. Metodología cuantitativa 653

10.2. Metodología cualitativa 658
10.2.1. Descripción general 658
10.2.2. Descripción de las estrategias 659
10.2.3. Proceso de recolección de campo 660
10.2.4. Criterios de selección de casos 663
10.2.5. Recolección en campo 665

10.3 Descripción del análisis cualitativo 665
10.3.1. Uso de programas informáticos para el análisis cualitativo 667
10.3.2. Caracterización de los participantes de los grupos focales 674

10.4 Referencias bibliográficas 677

ANEXO 1. Preguntas de investigación e hipótesis 679
ANEXO 2. Guías de grupos focales y entrevistas 680
ANEXO 3. Formulario de consentimiento informado 685
ANEXO 4. Atributos de los grupos focales 687
ANEXO 5. Diccionario de categorías 689
ANEXO 6 . Listado de entrevistados locales 702
ANEXO 7. Formato de caracterización para los participantes 703
de los grupos focales

Agradecimientos 704

Presentación

Hoy en Colombia hay más viejos que nunca antes: 5,2 millones de personas (el 10,8% de la población) con 60 años o más, y para 2050 calculamos que serán 14,1 millones (el 23% de la población). Por esta razón, la labor que nos fue encomendada por los fundadores de la Fundación Saldarriaga Concha, de trabajar por el bienestar y la inclusión de las personas mayores, se hace aún más vigente.

La Misión Colombia Envejece es un trabajo conjunto entre la Fundación y Fedesarrollo, y su objetivo es dar a conocer la situación del envejecimiento de su población y los retos que esto plantea para el país. La Misión es el resultado de una investigación y aprendizaje conjuntos, de entrevistas con personas y organizaciones de la sociedad civil, y de llegar desde lo teórico y lo empírico a importantes conclusiones para nuestro país y su población que envejece.

Este proyecto de investigación empezó a gestarse hace varios años. En el 2012, como directora de la Fundación Saldarriaga Concha, y luego de haber investigado, discutido y trabajado en diferentes espacios el tema del envejecimiento y sus repercusiones sociales y económicas, tuvimos encuentros fructíferos con la Academia de Ciencias de Estados Unidos. Con algunos de sus miembros compartimos información, en especial una publicada por las Academias Nacionales de Ciencias de China, Indonesia, India, Japón y Estados Unidos sobre los retos que enfrenta Asia por el envejecimiento de su población. Regresé a Colombia con la firme convicción de que nuestro país tenía mucho que aprender de ese estudio y de otros similares, con el entendimiento de que Latinoamérica tenía la obligación de cuestionarse sobre las condiciones del envejecimiento de su población, y además, que Colombia debía analizar el envejecimiento de las personas en un contexto de construcción de paz.

Teniendo el privilegio de dirigir una fundación en la que su misión, experiencia, conocimiento y capacidad de gestión obligan a aportar en este tema, decidimos impulsar una investigación rigurosa sobre el envejecimiento y la vejez en Colombia.

La iniciativa se presentó a la Junta Directiva y fue aprobada por unanimidad, convencidos sus miembros de que la investigación era necesaria para que el país conociera la realidad y los retos del envejecimiento, y tuviera herramientas para diseñar políticas públicas fructíferas.

La Fundación ya había emprendido investigaciones importantes en el pasado, entre ellas el *Estudio nacional de necesidades, oferta y demanda de servicios de*

rehabilitación en Colombia, en el 2003. En este caso, su aporte principal fue la identificación de aspectos estratégicos sobre los cuales se debe trabajar para crear una oferta de servicios integrales, que posibiliten la inclusión efectiva de las personas con discapacidad. Ahora es el momento y la oportunidad de las personas mayores.

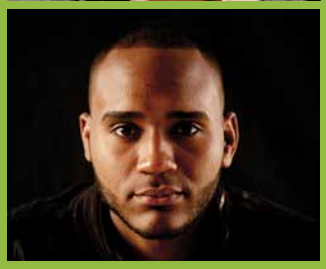
Fue así como decidimos preguntarnos por la realidad, a mediano y largo plazo, de las personas mayores de nuestra sociedad, entendiendo la vejez como un éxito de la salud pública y un premio a la vida. Acordamos incluir los temas más evidentes: pensiones, salud, trabajo y ahorro; pero también quisimos abordar otros temas fundamentales y no tan visibles, que inciden de manera radical en la calidad de vida de las personas mayores. Por ejemplo: nos cuestionamos sobre la realidad de las personas mayores que cuidan a otros, y las necesidades de quienes requieren ser cuidados por otros. Nos hicimos preguntas: ¿de qué modo han envejecido los colombianos durante el conflicto armado?, ¿cómo ha sido su vivencia de envejecimiento en ese contexto?, ¿qué papel desempeñan las personas mayores en un proceso de verdad, justicia, reparación y reconciliación?, ¿cuál va a ser su rol en una etapa nueva para el país, y en la construcción de paz? En este punto veíamos que la envergadura del trabajo que proponía la Misión Colombia Envejece era a todas luces ambiciosa.

El siguiente paso fue buscar un aliado estratégico, un centro de investigación de primer nivel y de indiscutible injerencia en las discusiones de política pública en el país. Ese socio es Fedesarrollo, y hoy, después de más de un año de esfuerzos, tenemos la satisfacción de entregarle al país unos hallazgos que proponen el reto de enfrentar de manera constructiva una sociedad y un país que envejecen.

Si con este estudio la Fundación logra que las personas que toman decisiones de política pública, las entidades con capacidad de influencia y de acción, la empresa privada, los medios de comunicación y, en general, la sociedad civil colombiana se pregunten sobre los retos y las oportunidades que tiene el país con el envejecimiento de su población, habremos cumplido con éxito el objetivo de esta iniciativa.

Sea este el momento para hacer un reconocimiento especial a los catorce investigadores de la Fundación Saldarriaga Concha y de Fedesarrollo, cuyo trabajo hizo posible que cumpliéramos con esta Misión Colombia Envejece.

Soraya Montoya González
Directora Ejecutiva Fundación Saldarriaga Concha



1.

El proceso de envejecimiento de la población en Colombia: 1985-2050

Por Carmen Elisa Flórez, Leonardo Villar,
Nadia Puerta, Luisa Berrocal[1]

ISBN (Online)
978-958-58408-8-1

1 Las primeras versiones de este capítulo contaron también con la colaboración de David Forero.

Contenido

1.1. Introducción 18

1.2. Marco teórico 21
1.2.1. Envejecimiento y vejez: aspectos conceptuales 21
1.2.2. La transición demográfica y el envejecimiento poblacional 23

1.3. La percepción de envejecimiento y vejez en la población adulta mayor (según los resultados del análisis cualitativo) 30

1.4. Metodología 39

1.5. Envejecimiento demográfico: cambios en el tamaño y la estructura por edad de la población colombiana 40
1.5.1. El volumen de población y su distribución por edad 41
1.5.2. La distribución relativa por edad 47
1.5.3. Relación de dependencia 52
1.5.4. Índice de envejecimiento 55
1.5.5. Cambios en el tamaño y estructura por edad de las personas mayores en Colombia 59

1.6. Envejecimiento doméstico: los hogares y las personas mayores en Colombia 62
1.6.1. La importancia de las personas mayores en los hogares 62
1.6.2. Las estructuras familiares y las personas mayores 65

1.7. Envejecimiento individual: La longevidad en la población colombiana 69
1.7.1. La expectativa de vida 69
1.7.2. La feminización del envejecimiento 73

1.8. Síntesis 74

1.9. Referencias bibliográficas 77

1.1. Introducción

El proceso conocido como Transición Demográfica (TD) se refiere al paso de altas a bajas tasas de fecundidad y mortalidad. Ha sido ampliamente estudiado y documentado en el mundo y lo han experimentado, en diferente grado y tiempo, todos los países: inicialmente, a partir de mediados del siglo XVIII, los países europeos hoy desarrollados y, más adelante, a partir de la segunda mitad del siglo XX, los países de América Latina. Sin embargo, mientras que en los países europeos la TD tomó más de un siglo y en algunos casos hasta 150 años para completar el proceso, en América Latina y el Caribe (ALC) se da en mucho menos tiempo (Zavala de Cosío, 1996). Cotlear (2011), sostiene que "En ALC este proceso se está llevando a cabo con suma rapidez" (p. 9). La diferencia se debe al hecho de que en los países europeos el tiempo del proceso de transición demográfica estuvo relacionado con el tiempo que tomó experimentar las transformaciones económicas vinculadas a la industrialización, a los avances en la medicina y a los cambios en las condiciones de vida de la población; en cambio, en los países en desarrollo de América Latina, la "modernización" se importó rápidamente (Chackiel, 2004; Zavala de Cosío, 1990).

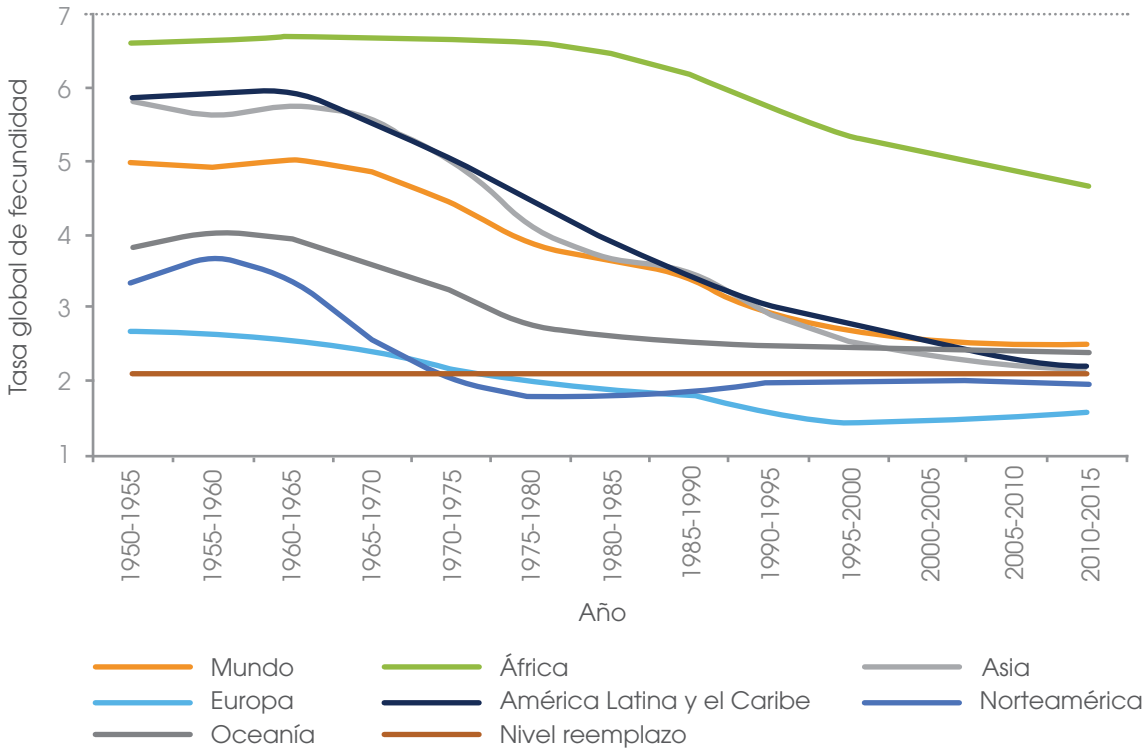
De alguna manera los países en desarrollo pueden incorporar tecnología ya disponible, que resulta apropiada y de bajo costo para el control de la mortalidad y la natalidad, la misma que a los países desarrollados les ha tomado mucho tiempo generar. (Chackiel, 2004, p. 12)

Aunque la TD se resume en el comportamiento de las tasas de mortalidad y fecundidad, es un proceso muy complejo en el que intervienen múltiples factores económicos, sociales y culturales (Bertranou, 2008). Al proceso de transición demográfica están estrechamente relacionados cambios socioeconómicos en salud, nutrición, educación, participación laboral femenina, urbanización, estándares de vida, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, como también cambios culturales sobre el valor de los hijos, entre otros. De ahí que el proceso de transición demográfica no haya sido homogéneo en el mundo, ni entre regiones, ni al interior de los países mismos. Estas diferencias tienen que ver con el tiempo de inicio y el ritmo de los cambios, tanto en las variables demográficas como en las socioeconómicas y culturales asociadas.

La Figura 1 muestra el descenso en los niveles de fecundidad en cada continente por quinquenios entre 1950 y 2015. Durante ese periodo, el mundo, como un todo, reduce su tasa global de fecundidad[2] de 5 a 2.5 hijos por mujer. América Latina, por su parte, baja de casi 6 a 2.18 hijos por mujer, tasa muy cercana al nivel de reemplazo de 2.10 y similar a la observada en Asia y Estados Unidos.

Figura 1

Tasa global de fecundidad en el mundo por regiones, 1950-2015



Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2013).

Aunque el proceso de transición demográfica es generalizado en la región latinoamericana, ha sido muy disímil entre los diferentes países. Sin embargo, es común en la región el descenso más acelerado en la fecundidad que en la mortalidad. Como afirma Cotlear (2011): "A pesar de la impresionante reducción

2 La tasa global de fecundidad es el número promedio de hijos que una mujer tendría al final de su periodo reproductivo (49 años) si estuviera sujeta, durante su vida, a las tasas de fecundidad observadas en el periodo y no estuviera sujeta a mortalidad.

de la mortalidad, el determinante más importante de la transformación de la demografía en ALC ha sido el descenso de la fecundidad" (p. 7). El Centro Latinoamericano de Demografía (Celade) (2008a) clasifica a los países de ALC en cuatro etapas de transición demográfica, de acuerdo a la esperanza de vida y a las tasas de fecundidad observadas en el periodo 2005-2010: muy avanzada, avanzada, plena y moderada[3]. El panel b) de la Figura 2 muestra los países y sus niveles de fecundidad. Solamente Cuba y Barbados se encuentran en una etapa muy avanzada de transición, con niveles de fecundidad menores a 1.5 hijos por mujer, muy por debajo del nivel de reemplazo. De los países estudiados, 14 de 33 se encuentran en una etapa avanzada, con una fecundidad entre 1.5 y 2.5 hijos por mujer. En este grupo de transición demográfica avanzada se encuentra Colombia, con una fecundidad de 2.2, similar al nivel promedio de ALC: 2.18. Otros 14 países se encuentran en una etapa plena de transición, con niveles de fecundidad entre 2.5 y 3.5 hijos por mujer. Finalmente, solo tres países clasifican en la etapa moderada de transición, con una tasa de fecundidad entre 3.5 y 4.5 hijos por mujer. Para este período ya ningún país se encuentra en la etapa incipiente de transición demográfica, es decir, con niveles de fecundidad por encima de los 4.5 hijos por mujer. En las etapas iniciales de la transición demográfica, a inicios de la década de los años sesenta, antes de que la fecundidad empezara a descender en la región, el nivel de fecundidad promedio era alrededor de seis hijos por mujer (en Colombia llegaba a 6.8 [Celade, 2011]).

Colombia, entonces, como el resto de países latinoamericanos, ha experimentado desde mediados del siglo XX una rápida transición demográfica (Flórez, 2000). Esta ha afectado drásticamente la estructura por edad de su población y se ha iniciado un claro proceso de envejecimiento. Entre 1950 y 1955, la tasa global de fecundidad era de 6.8 hijos por mujer; entre el 2010 y el 2015 se redujo a alrededor de 2.3 hijos, y se espera que del 2020 al 2025 descienda por debajo del nivel de reemplazo (Celade, 2009). Por su parte, la esperanza de vida aumentó de 50.6 años en 1950-1955 a 73.9 en 2010-2015, especialmente por el descenso en la mortalidad infantil, que se redujo de 123 en 1950-1955 a 16.5 muertes por 1.000 nacidos vivos en 2010-2015

3 Celade identifica también una etapa "incipiente" en la cual la fecundidad y la mortalidad son elevadas y relativamente estables y el crecimiento de la población es bajo. Sin embargo, ningún país de la región se encontraba en esta etapa entre 2005 y 2010 (Celade, 2008a y 2014).

(Celade, 2009). Actualmente, Colombia se clasifica en un estadio avanzado de transición demográfica y en una etapa moderada de envejecimiento, con un 10 % de su población en el grupo de edad de 60 años o más. Se espera que en las próximas décadas, el peso relativo de las personas mayores dentro de la población total del país aumente de manera sustancial. Este envejecimiento de la población tiene importantes implicaciones en cuanto a la demanda de servicios y bienes sociales para la población mayor, y le plantea retos al Estado colombiano, que debe suplir esa demanda.

El objetivo de este capítulo es analizar la evolución de la población colombiana desde 1985 hasta el año 2050, diferenciando los cambios demográficos a nivel agregado, en los hogares e individualmente. Se identifican aquí las tendencias del envejecimiento poblacional colombiano y se hace una caracterización sociodemográfica de este grupo de población, desagregado por grupos de edad, sexo, área –urbana o rural–, regiones y principales ciudades.

1.2. Marco teórico

Al proceso de transición demográfica se asocia un paulatino envejecimiento de la población, entendido este como el aumento relativo del grupo de personas de 60 años o más, que conlleva un aumento en la edad promedio de la población. Esto implica que el envejecimiento se aproxima desde el punto de vista de la edad cronológica. Sin embargo, existen otros enfoques teóricos que amplían el concepto de vejez más allá de la edad cronológica para tener en cuenta las experiencias de la vida. En esta sección, en primer lugar, se resumen los diferentes enfoques sobre envejecimiento y vejez, asociándolos a la percepción de los adultos que participaron en los grupos focales realizados para el estudio cualitativo; en segundo lugar se describe el proceso de transición demográfica y su relación con el envejecimiento de la población, teniendo en cuenta las distintas expresiones de envejecimiento desde el enfoque de la demografía.

1.2.1. Envejecimiento y vejez: aspectos conceptuales

Tanto el envejecimiento como la vejez son procesos asociados al paso del tiempo. De acuerdo a Dulcey-Ruiz (2013):

Según el diccionario de uso del español, vejez es la cualidad o el estado de ser viejo. Y ser viejo es un término que se aplica a personas y animales que han vivido mucho tiempo, en comparación con otras. También se aplica a cosas que existen hace mucho tiempo. (p. 176)

Para entender los conceptos de envejecimiento y vejez hay diferentes aproximaciones, entre ellas la aproximación biológica o fisiológica, la cronológica, la antropológica y la sociocultural.

El envejecimiento biológico o físico es un proceso en el que, con el paso de los años, se presentan cambios moleculares, celulares y orgánicos que afectan las funciones de los organismos (Dulcey-Ruiz, 2013); hay una pérdida de las capacidades funcionales y una disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza (Huenchuan, 2013), lo que impide el desarrollo normal de las actividades de la vida. El envejecimiento cronológico se define por una edad específica, que generalmente se establece a partir de los 60 o 65 años, y que a menudo está relacionada con la edad que legalmente define la jubilación, es decir, con el rol social de los individuos en el mercado laboral.

De acuerdo con los enfoques antropológico, social y cultural, el envejecimiento es una construcción sociocultural con significados diferentes según la época, las sociedades y las culturas (Dulcey-Ruiz, 2013). Es decir que la edad "no solo tiene que ver con procesos biológicos, sino que es moldeada por normas y factores culturales y sociales" (Dulcey-Ruiz, 2013, p. 48). Por lo tanto, el significado de envejecimiento y vejez no es uniforme entre sociedades y culturas, sino que depende del contexto, del grupo poblacional y del tiempo. Como afirma Dulcey-Ruiz (2013):

De hecho, más que el pasar de los años, son las condiciones en que se vive, tales como la situación social y económica, la educación formal, la trayectoria ocupacional, la vida familiar y social en general, las que contribuyen a la construcción del vivir-envejecer y, por supuesto, del envejecer de cada persona. (p. 177)

El envejecimiento

se trata, por lo tanto, de una categoría social con un fundamento biológico, relacionada tanto con las percepciones subjetivas –lo que la persona se siente–

como con la edad imputada –los años que los demás le atribuyen al sujeto–. (Huenchuan, 2013, p. 14)

1.2.2. La transición demográfica y el envejecimiento poblacional

La transición demográfica (TD) se define como el proceso a través del cual las sociedades pasan de altas tasas de mortalidad y natalidad a bajas tasas[4]. En este proceso, que toma muchos años, se pueden diferenciar dos grandes etapas. En la primera aumenta la tasa de crecimiento natural, debido al descenso de la mortalidad, pero la fecundidad permanece alta. En la segunda etapa disminuye la tasa de crecimiento natural debido al descenso de la tasa de fecundidad, mientras que la mortalidad continúa bajando o permanece baja. Así, la tasa de crecimiento natural es baja tanto al inicio como al final del proceso de transición demográfica, pero con tasas de mortalidad y fecundidad altas al inicio y bajas al final. Se pueden definir cuatro fases de transición demográfica: 1) fase pre-transicional (o transición incipiente), con altas tasas de natalidad y mortalidad y bajo crecimiento poblacional; 2) fase de explosión demográfica (o transición moderada), asociada al descenso de la tasa de mortalidad y a una tasa de natalidad constante (en esta fase la tasa de crecimiento poblacional aumenta considerablemente; 3) fase de transición plena, con un descenso de la natalidad (la tasa de crecimiento desciende); y 4) fase de transición avanzada o muy avanzada, con bajas tasas de natalidad y mortalidad y bajo crecimiento poblacional (sociedades modernas avanzadas) (Flórez, 2000; Celade, 2014).

La principal consecuencia del proceso de transición demográfica es el cambio en la estructura de edades. En las fases iniciales, cuando la fecundidad es alta, se tiene una estructura de edad con base piramidal ancha, en la que predominan los niños y los jóvenes. En las fases finales, cuando la mortalidad y la fecundidad son bajas, se tiene una estructura de edad envejecida, con predominio de las personas adultas mayores y un aumento

4 Esta es la clásica Transición Demográfica, conocida también como Primera Transición Demográfica (PTD). Existe también el término Segunda Transición Demográfica (STD), el cual se usa para describir los cambios en la formación de la familia, disolución de las uniones y patrones de reconstitución de la familia experimentados por las naciones occidentales desarrolladas después de la Segunda Guerra Mundial (Flórez y Sánchez, 2013).

de la edad promedio de la población. Así, a la TD se asocia un proceso de envejecimiento de la población, entendiendo envejecimiento como el aumento de la edad cronológica.

Estudios disponibles (Bertranou, 2008; Corbinos, 2001; Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal], 2009; Celade, 2008a y 2014) indican que se pueden identificar tres diferentes expresiones del envejecimiento poblacional:

1) El envejecimiento demográfico, que consiste en el incremento sistemático de la proporción de personas mayores en la población total. Se modifica así una relación numérica que mide tensiones en las relaciones intergeneracionales. Su trayectoria es determinada por las interacciones de la fecundidad, la mortalidad y la migración. La principal fuerza modeladora de la estructura etaria es la fecundidad, cuyo descenso hasta niveles bajos estrecha la base de la pirámide de población y engrosa los segmentos de edades adultas y mayores. De hecho, el envejecimiento en los países desarrollados, y el que comienzan a experimentar varios países de la región, se debe esencialmente a la caída de la fecundidad.

2) El envejecimiento doméstico se refiere al aumento de la proporción de personas de 60 años o más en los hogares o al aumento del promedio de personas mayores por hogar (Celade, 2008b). A diferencia del envejecimiento demográfico, este responde en mayor medida a factores socioculturales, principalmente al patrón de co-residencia familiar, el cual es considerado como un mecanismo de intercambio y una forma habitual de solidaridad intergeneracional, tanto de las cohortes mayores a las jóvenes como de las jóvenes a las mayores (Guzmán, 2002; Celade, 2008b).

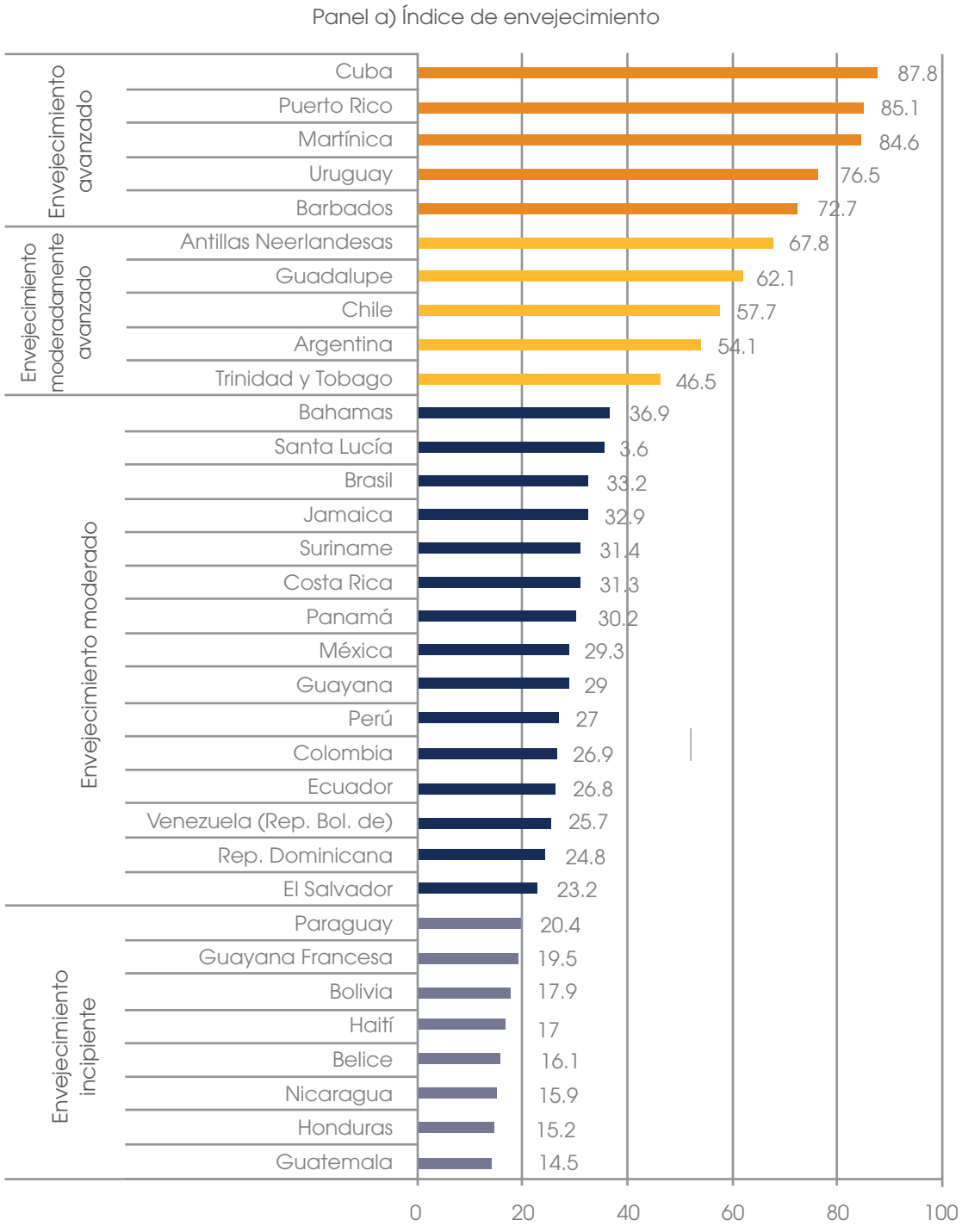
3) El envejecimiento individual, que corresponde al incremento de la edad cronológica de las personas –aumenta en función del tiempo y es la prolongación de la vida–. Aunque su factor determinante es el incremento de la esperanza de vida, sus expresiones culturales y consecuencias psicosociales dependen del contexto sociocultural y de las características de las personas.

Estas tres modalidades de envejecimiento, de acuerdo con Celade (2008a), están relacionadas entre sí, pero son diferentes. Por ejemplo, sus vínculos con la protección social difieren. Podría decirse que la protección social se relaciona directamente con el envejecimiento individual. El envejecimiento demográfico es el que tiene efectos importantes en el financiamiento de los sistemas de pensiones contributivas y en los esquemas de transferencias no contributivas durante la vejez. Y el envejecimiento doméstico tiene implicaciones en los requerimientos de cuidado en los hogares con personas mayores.

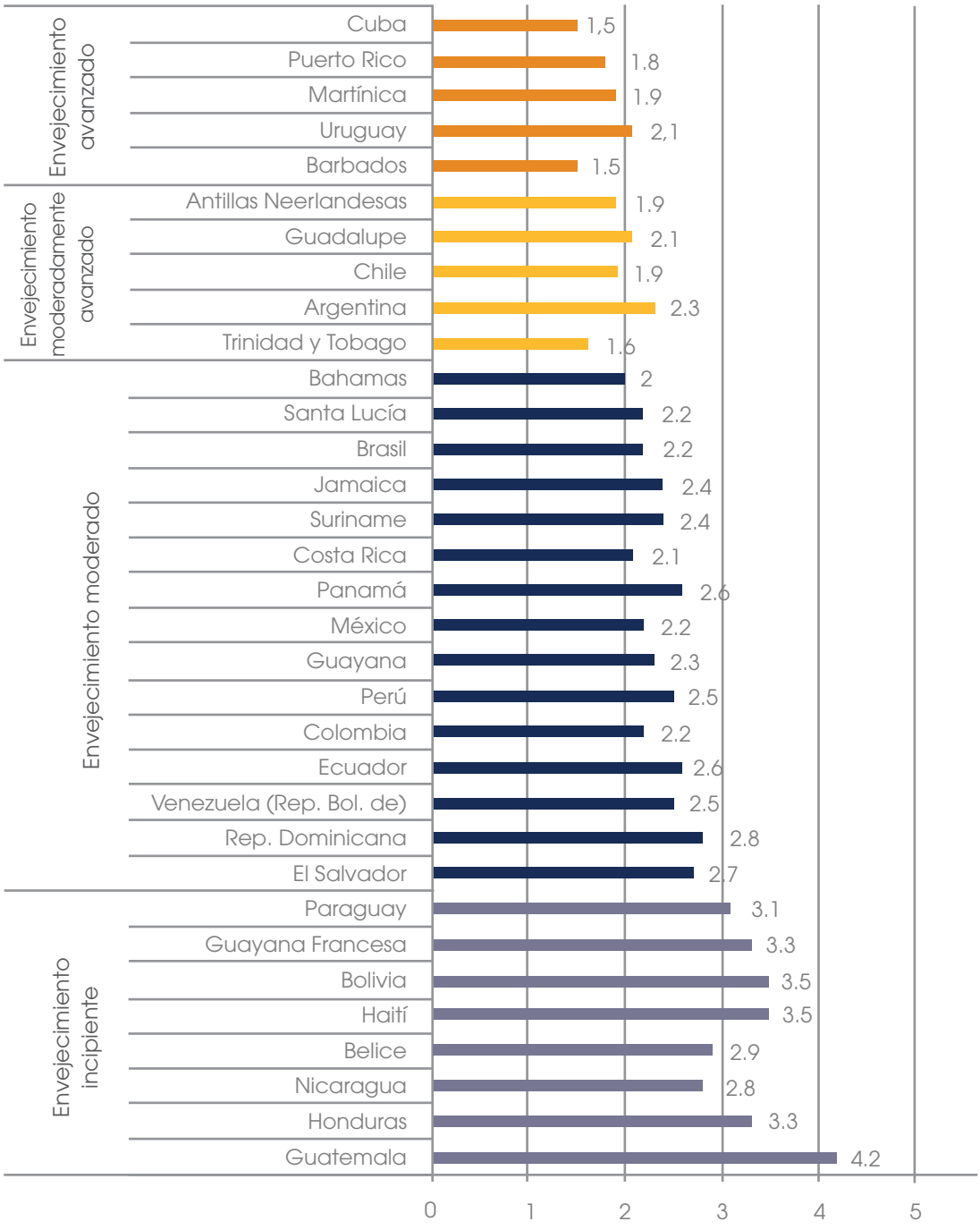
Con base en información del año 2007, Celade (2009) clasifica los países de la región latinoamericana en cuatro grupos con diferentes etapas de envejecimiento demográfico: los países que se encuentran en la etapa incipiente del proceso de envejecimiento, con niveles de fecundidad superiores a 3.3 hijos por mujer e índices de envejecimiento menores al 17 %, medidos estos últimos como la relación entre las personas de 60 años o más y la población menor de 15 años; los que se encuentran en la etapa moderada del envejecimiento, con tasas de fecundidad entre 2.3 y 3.3 e índice de envejecimiento entre 20 % y 32 %; los países que se encuentran en la etapa de envejecimiento moderadamente avanzada, con tasas de fecundidad entre 1.7 y 2.5 e índice de envejecimiento entre el 33 % y el 51 %; y finalmente, los países en los que el índice de envejecimiento es superior al 65 %. En la región existe una alta heterogeneidad (ver Figura 2). Colombia se encuentra en la etapa moderada del envejecimiento, cercana al promedio latinoamericano, y su comportamiento es similar a México, Perú, Ecuador y Venezuela. Uruguay y Cuba se encuentran en la etapa más avanzada de envejecimiento, seguidos por Chile y Argentina. En el otro extremo, Bolivia, Paraguay y Nicaragua se ubican en la etapa moderada de transición demográfica e incipiente de envejecimiento: tienen las poblaciones más jóvenes de la región y presentan una alta tasa global de fecundidad.

Figura 2

Índice de envejecimiento y tasa global de fecundidad por países
(según etapas del envejecimiento). Latinoamérica, 2007



Panel b) Tasa global de fecundidad



Fuente: Celade (2009): Cuadro A-4.

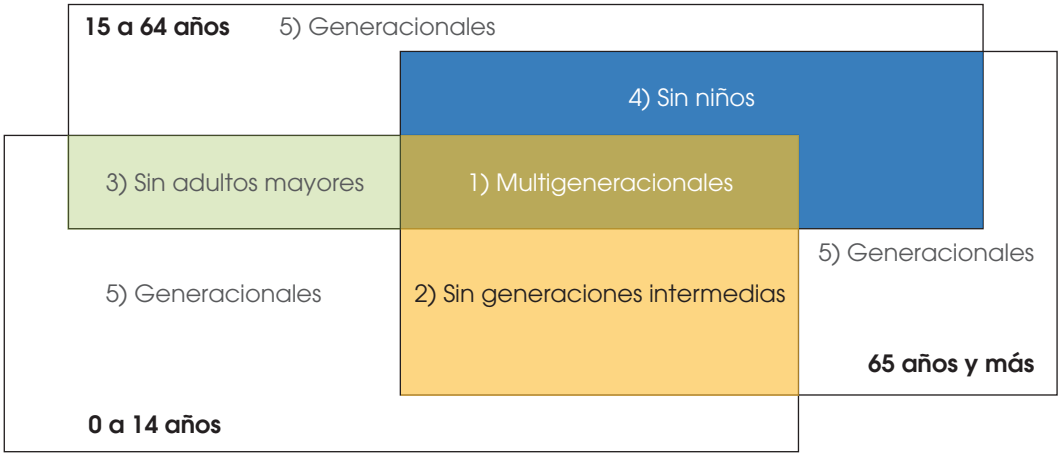
En cuanto al envejecimiento doméstico, hay cambios en las estructuras familiares: jefatura, número y edad de los miembros del hogar. De acuerdo con Celade (2008a), la co-residencia familiar es muy común en América Latina, en especial la multigeneracional. Las personas mayores tienden a vivir con familiares de distintas generaciones, lo que implica que las recomendaciones políticas que se derivan del envejecimiento doméstico afectan no solo a las personas mayores sino a varios miembros del hogar (Celade, 2008a). Celade (2008b) distingue tres situaciones de co-residencia familiar: personas mayores jefes de hogar; personas mayores no jefes de hogar, pero que viven en un hogar con un jefe persona mayor; y personas mayores no jefes de hogar en los que el jefe es menor de 60 años. Esta clasificación para América Latina muestra que cuando la persona mayor es jefe de hogar, en más de la mitad de los casos vive con hijos u otros parientes, en contraste con Estados Unidos y Europa del norte, donde en más del 80 % de los hogares la persona mayor jefe de hogar vive solo o con su pareja. Estos datos demuestran la importancia de la co-residencia como mecanismo de apoyo y asistencia intergeneracional en América Latina.

Ullmann, Maldonado y Nieves (2014) desarrollan las siguientes tres tipologías de familia para el análisis de la evolución de estructuras familiares en América Latina entre 1990 y 2010: tipología de estructura familiar, en la que se clasifica a los hogares según las relaciones de parentesco; tipología generacional, en la que se identifican los grupos etarios a los que pertenecen los miembros del hogar; y tipología del ciclo de vida, en la que se caracterizan las relaciones de dependencia de los miembros del hogar a lo largo del ciclo de vida.

De este estudio es particularmente interesante la tipología generacional, que evidencia el envejecimiento doméstico. Ullmann et al. (2014) clasifican los hogares en cinco tipos, basándose en las edades de los miembros del hogar. Estas, a su vez, se agrupan en tres grupos etarios: 0 a 14 años, 15 a 64 años y 65 años o más. Con base en la presencia de miembros del hogar en cada uno de estos tres grupos etarios, los hogares se clasifican en cinco tipos (Figura 3): 1) multigeneracionales (con miembros en los tres grupos etarios); 2) sin generaciones intermedias (sin miembros de 15-64 años); 3) sin personas mayores (sin miembros de 65 años o más); 4) sin niños (sin miembros de 0-14 años); y 5) generacionales (con miembros en solo uno de los tres grupos de edad).

Figura 3

Tipología generacional de los hogares según su composición etaria



Fuente: Ullmann et al. (2014).

De acuerdo con Ullmann et al. (2014), en América Latina los hogares nucleares sin personas mayores cayeron del 63 % al 51 % entre 1990 y 2010. Adicionalmente, los hogares generacionales aumentaron del 23 % al 34 % y los hogares sin niños aumentaron del 7 % al 9 %. Estos cambios se atribuyen al envejecimiento poblacional y al descenso de la tasa de fecundidad.

Por último, con respecto al envejecimiento individual, se observa un aumento en la expectativa de vida al nacer en todos los países del mundo. En América Latina, en el periodo 1950-2015, la expectativa de vida pasó de 55.7 a 74.7 años (ganó en promedio casi 20 años), al mismo tiempo que el diferencial con las regiones desarrolladas se redujo a la mitad: bajó de 10 a 5 años. Asia es el país del mundo con mayores aumentos en la expectativa de vida en las pasadas seis décadas: esta se incrementó en 25 años; actualmente registra el mismo nivel de Latinoamérica. África es la única región del mundo todavía rezagada en su proceso de TD: la diferencia de la expectativa de vida con las regiones desarrolladas es de 20 años (Celade, 2014).

1.3. La percepción de envejecimiento y vejez en la población de personas mayores (según los resultados del análisis cualitativo)

El análisis cualitativo sobre la percepción que tienen las personas mayores sobre el envejecimiento y la vejez se basa en el conjunto de grupos focales realizados para este estudio. Estos se describen en el anexo metodológico.

Entre los participantes en los grupos focales se encontraron percepciones sobre el envejecimiento y la vejez acordes con las diferentes formas de definición del envejecimiento –biológico, cronológico y sociocultural–, y con una identificación mucho menor frente al envejecimiento cronológico.

Independientemente del nivel social, la zona de residencia o la edad, el envejecimiento se reconoce como un proceso inexorable y como la llegada a la etapa final de la vida (envejecimiento biológico). En general es percibido como un fenómeno negativo que encarna muchas pérdidas, deficiencias, enfermedades e incluso la exclusión y la soledad. Esta visión tiende a ser más marcada en las zonas rurales y entre los grupos de víctimas y desmovilizados.

Entre los participantes en los grupos focales predomina la percepción del envejecimiento como una pérdida de las capacidades funcionales –envejecimiento biológico–, y la visión del proceso es negativa. Se refieren a la persona mayor como alguien que es dependiente, que se ha deteriorado o ha perdido sus capacidades. Priman los estereotipos negativos:

> *Para mí, [envejecimiento es] el desgaste de las células que cada día le va cobrando a uno los reflejos, los movimientos a diario: cómo veía, la cuestión de las vistas; es el desgaste que va sufriendo día a día el ser humano por motivos de trabajo, por el estrés, por cualquier actividad a veces un poco pesada. Pero eso hace un poco del desgaste del ser humano...*
>
> (Mixto, 40 a 60 años, Ayapel)

La palabra vejez es negativa en el sentido de que envejecer es deterioro…

(Hombre, pensionado, Bogotá)

A mí me parece que el cuerpo de uno ya va perdiendo fuerzas, se va debilitando de pronto, sobre todo si uno empezó a trabajar desde muy niño. Pienso que el cuerpo se va agotando…

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

La palabra envejecer significa que físicamente se acaba, que ya le empiezan las arrugas, las enfermedades y las dificultades para los trabajos: más que todo es la dificultad para que a uno le den un trabajo. Las personas adultas, en primer lugar, somos más despaciosas y siempre nos enfermamos. A veces más que todo es una cuestión laboral. Yo pienso que nos vemos más limitadas en la cuestión del trabajo y a veces, también, por el rechazo de la misma familia.

(Mixto, 40 a 60 años, Pasto)

La percepción negativa de la vejez está más presente en las personas entre 40 y 60 años, lo cual probablemente obedezca a la sensación de proximidad de esa etapa y al temor de perder la juventud, de sentirse inútiles, solos, o de perder su rol en la sociedad:

… yo voy a cumplir 50 años y no quiero aceptar que me estoy envejeciendo y que van pasando los años. Me siento cansado…

(Mixto, 40 a 60 años, Montería)

Yo no soy pensionada, sino de mi esposo... Pero a mí no me gusta envejecer porque todavía quiero estar joven. Yo sé que viene, pero no quiero dejar de ser joven...

(Mujer, altos ingresos, Montería)

La percepción del envejecimiento definido por una edad cronológica específica, que generalmente se establece a partir de los 60 o 65 años, no es común entre los participantes en los grupos focales. Sin embargo, se hacen algunas menciones a este enfoque:

Para mí envejecer es que de los 40 años para arriba uno ya está envejeciendo...

(Mujer, víctima, Pasto)

El señor, la señora que ya tienen noventa y pico de años...

(Mixto, Bogotá)

Bueno, para mí ya estoy vieja porque tengo 80 años y cumplo 81. He sido una mujer muy trabajadora, luchadora en la vida.

(Estudio de caso, Palenque)

La percepción del envejecimiento como una construcción sociocultural tiene connotaciones tanto positivas como negativas entre los participantes en los grupos focales. En las personas pensionadas y mayores de 60 años, que viven en zonas urbanas, la percepción es positiva. Si bien reconocen que la edad trae consigo algunas limitaciones, consideran la vejez como una posibilidad de hacer cosas nuevas, como un regalo divino para disfrutar y para poder compartir la experiencia y los aprendizajes con los más jóvenes e incluso con sus pares:

Para mí envejecer significa que es el arte más importante de saber, haber cantado a la vida. Pues hoy llegamos a esta etapa cantando, disfrutando y hablando bien de nosotros mismos, sin pensar que estamos viejos.

(Hombre, pensionado, Montería)

Para mí [envejecer] ha sido una experiencia muy interesante porque he aprendido a conocer más a las personas, a tener más comprensión, a saber llevar las cosas antes de hablar, a pensar lo que voy a decir. Eso no lo hace uno de joven.

(Hombre, pensionado, Montería)

Para mí [envejecer] ha sido una experiencia muy interesante porque he aprendido a conocer más a las personas, a tener más comprensión, a saber llevar las cosas antes de hablar, a pensar lo que voy a decir. Eso no lo hace uno de joven.

(Mujer, pensionada, Montería)

Para mí envejecer es algo en la vida muy importante, porque a través del envejecimiento aprendo muchas cosas, cómo es que crece uno, cómo se envejece y cómo cumple su envejecimiento de edad y lo lleva a su curso sin que se pierda la armonía del cuerpo, sino que esté en movimiento, que esté activo. Ese es el envejecimiento para mí.

(Estudio de caso, Palenque)

Envejecer es amar y disfrutar de las diferentes etapas de la vida para uno poder llegar a la última, a la etapa definitiva de nuestra vida, de nuestra existencia y poderla disfrutar a plenitud.

(Estudio de caso, El Salado)

Si lo miramos desde el punto de vista biológico, el envejecimiento comienza desde el mismo momento del nacimiento. Pero en ese envejecimiento hay que notar la presencia del desarrollo real de la persona y el conocimiento a través de toda la historia, de toda la historia de su vida.

(Hombre, pensionado, Bogotá)

La percepción negativa del envejecimiento y de la vejez aparece principalmente en los grupos rurales, y está relacionada con el contexto en que han vivido, con las consecuencias de la mala alimentación, el exceso de trabajo y las duras condiciones de vida y de trabajo en el campo:

Envejecer yo digo que es cuando uno trabaja tanto, mal alimentado y ahí mismo se envejece.

(Estudio de caso, El Salado)

Envejecer es el transcurso de los años. Por la mala alimentación se envejece muy rápido, según sea el trabajo que tenga uno. Eso lo destruye a uno rápido y como uno es aquí, del pueblo, campesino, se maltrata más.

(Estudio de caso, Palenque)

En el grupo de víctimas y desmovilizados esta visión negativa del envejecimiento es aún más marcada. Conciben el envejecimiento como una consecuencia del sufrimiento y de las circunstancias por las que han pasado en su vida. En general, lo ven como algo negativo, incluso como una tragedia:

Para mí envejecer en Colombia es trágico. Uno envejece en Colombia y, hablando de lo laboral, no hay oportunidades: pasó usted los 75 años y ya todo el mundo le cierra las puertas para laborar, esté preparado o no esté preparado…

(Hombre víctima, Bogotá)

La negación es una constante entre los participantes de los grupos focales. En su mayoría no se reconocen como mayores o viejos, prefieren no pensar en el tema o manifiestan directamente que no les gusta sentirse viejos o que les digan viejos:

Envejecer... Yo no veo vejez para nadie, la vieja es la cédula, no para mí. Yo me siento joven y bella toda la vida.

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

Pues yo tampoco me siento como un adulto mayor. Sí, adulto mayor por ejemplo mi mamá, que tiene 83 años, 80, pero yo todavía me siento vital, si de lo que se trata es hacer una fila, muchas cosas que un adulto mayor a veces no puede hacer, salir solo a la calle y tomar un bus, todas esas cosas.

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

Yo voy llegando a los 80, pero no me siento vieja. Yo he conocido personas jóvenes, pero que son viejas en la actitud: en la forma de ser, de pensar y de actuar es una persona vieja, añeja, amargada, se siente el estrés. Yo no me siento vieja y ante muchas personas que son menores me he sentido más joven que ellas.

(Mujer pensionada, Montería)

Sin embargo, a pesar de no querer sentirse viejos, hay una cierta resignación ante un proceso que saben es inevitable:

Envejecer es que ya volvimos a ser niños otra vez… Entonces, prepararnos para la venida de nuestro señor Jesucristo y que cuando llegue no estar en lo malo ni haciendo maldades; estar por el camino recto hasta que él lo permita, con nuestra familia, nuestros nietos, la descendencia, hasta terminar el viaje de nosotros.

(Mujer víctima, Bogotá)

Envejecer es una cosa que nadie la quiere, pero así va a ser. Hay que esperar lo que Dios mande, de ahí para adelante…

(Mixto, víctimas, Montería)

Frente a la visión o concepto sobre quién es una persona mayor, en la mayoría de los grupos focales se habla de esta como de alguien que en teoría debería ser merecedora de respeto:

Una persona mayor es alguien que merece respeto. Que los que están al lado de uno ayuden más, que lo tengan a uno más en cuenta, que estén más pendientes. Porque en realidad vamos para eso y necesitamos ayuda, que alguien nos tenga en cuenta como seres humanos y lo que necesitamos realmente.

(Mujer pensionada, Pasto)

Para mí una persona mayor significa sabiduría; no ha estudiado, pero sabe muchas cosas de la vida.

(Mixto, 40 a 60 años, Pasto)

Una persona que ha vivido, que tiene experiencia, que hay que tenerle respeto. Una persona vieja, adulta, así de la edad como estoy yo. Yo no me siento vieja por dentro, yo me siento joven. Que no haga más cosas porque no le da a uno el cuerpo, la fuerza…, pero si pudiera, lo haría.

(Mujer pensionada, Montería)

Sin embargo, entre los participantes en los grupos focales, especialmente los grupos rurales, las víctimas del conflicto armado y las personas desmovilizadas, se cree también que la persona mayor es alguien que está de salida, que necesita la ayuda de otros, alguien que ya cumplió ciertas etapas en la vida:

Para mí una persona mayor es la que ya cumplió su ciclo, la que ya no hace absolutamente nada, ya ni tiene cerebro; mejor dicho, ya se le ha borrado todo lo que tiene, es como que ya borró una memoria, ya se acabó todo. Para mí eso es el envejecimiento.

(Estudio de caso, El Salado)

Para mí una persona mayor necesita más cuidado, más atención. De pronto una persona mayor ya no puede hacer las cosas por sí misma, entonces uno tiene que ayudar y dejarse ayudar para así convivir y ser feliz.

(Mujer pensionada, Pasto)

Finalmente, los participantes en los grupos focales afirman que no se debería catalogar o etiquetar a las personas por su edad, pues sienten que al hacerlo se les estigmatiza y se les resta valor:

Yo considero que la frase "adulto mayor" o "persona mayor" ha sido como un "eslogan" que ha querido estigmatizar al ser humano. Si lo vemos desde el punto de vista del ser humano, todos somos adultos mayores. ¿Por qué? Porque a medida que va transcurriendo la vida vamos teniendo conocimiento y vamos siendo adultos, solo que el mismo Gobierno, buscando políticas diferenciales entre el joven, el niño y el pensionado o el mayor, entonces lo bautizó "adulto mayor".

(Hombre pensionado, Bogotá)

Yo creo que esa expresión "persona mayor" no debería de existir. Porque es que de todas maneras usted llega a cierta edad y a las personas mayores les dan una edad para que les digan así, personas mayores, que dicen es de 60 en adelante. Pero yo creo que todas las personas, desde que tengan sus cinco sentidos, no pueden ser "personas mayores", porque uno nunca debe creerse que porque el tiempo pasa yo soy viejito, no, lo contrario.

(Hombre pensionado, Bogotá)

1.4. Metodología

Para los datos de población y las proyecciones que se presentan en lo que resta de este capítulo, se toman las estimaciones del DANE hasta el año 2020 y se empalman con las proyecciones de población hasta el 2050 realizadas por Álvaro Pachón y Asociados para la Misión del Sistema de Ciudades (Pachón, 2012). Las proyecciones de Pachón son por departamentos y mediante el método de componentes[5], partiendo de las proyecciones del DANE y haciendo hipótesis sobre la evolución futura de las variables críticas –componentes– del cambio demográfico. Para ese propósito, las estimaciones de fecundidad, mortalidad y migración se desagregaron por años simples de edad; se desagregó la migración en componente interno e internacional, los nacimientos, defunciones y migraciones de periodos quinquenales a periodos anuales y las tablas de mortalidad se extendieron hasta 100 años. A su vez, a partir de las estimaciones departamentales, se obtuvieron las proyecciones municipales. Para fines de este estudio, el empalme entre los estimativos del DANE hasta el 2020 con las proyecciones de Álvaro Pachón y Asociados para los años subsiguientes se hizo suavizando por medio de un promedio móvil de 5 años para todas las series de población.

Para el análisis por regiones se tomó la clasificación hecha por el DANE en la Encuesta de Calidad de Vida, de la siguiente manera[6]:

- Antioquia
- Bogotá
- Valle del Cauca
- Región atlántica: Guajira, Cesar, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Sucre y Córdoba
- Región oriental: Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca y Meta
- Región central: Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima, Huila y Caquetá
- Región pacífica: Chocó, Cauca y Nariño
- Orinoquia-Amazonia: Arauca, Casanare, Vichada, Guainía, Guaviare, Vaupés, Amazonas y Putumayo.

5 El método de componentes se fundamenta en el análisis del comportamiento de los componentes demográficos, fecundidad, mortalidad y migración, a partir de la información de los diferentes censos. Así es posible identificar las tendencias de la dinámica demográfica (DANE, 2007).

6 Se excluyó de la muestra a San Andrés y Providencia, debido a que en las proyecciones presentan un comportamiento inadecuado por las inconsistencias en las proyecciones hechas por el DANE que menciona Álvaro Pachón y Asociados (Pachón, 2012).

Para el análisis por ciudades se tomó la ciudad principal de cada categoría definida por el DNP con base en la edad promedio de sus pobladores, de la siguiente manera:

- Mayores: Bogotá y Medellín
- Maduras: Cali
- Adultas: Pasto
- Grandes y jóvenes: Barranquilla
- Adolescentes: Montería
- Embrionarias: Riohacha

Para la división por área urbana o rural de cada municipio, se tomó la definición de cabecera y resto del DANE[7].

1.5. Envejecimiento demográfico: cambios en el tamaño y la estructura por edad de la población colombiana

En esta sección se analiza el comportamiento de la población colombiana en las últimas tres décadas (1985-2014) desde el punto de vista del envejecimiento demográfico y se proyecta el tamaño y la evolución futura de la población hasta el año 2050. Se presenta, además, la evolución de los indicadores de la estructura de edad: la relación de dependencia y el índice de envejecimiento. Estos indicadores permiten caracterizar en detalle cómo es y cómo va a ser la población mayor en Colombia en comparación con otros grupos de edad, por sexo y área, con el fin de identificar aspectos como el bono demográfico, el fin de las sociedades juveniles y el mayor peso de la población adulta mayor.

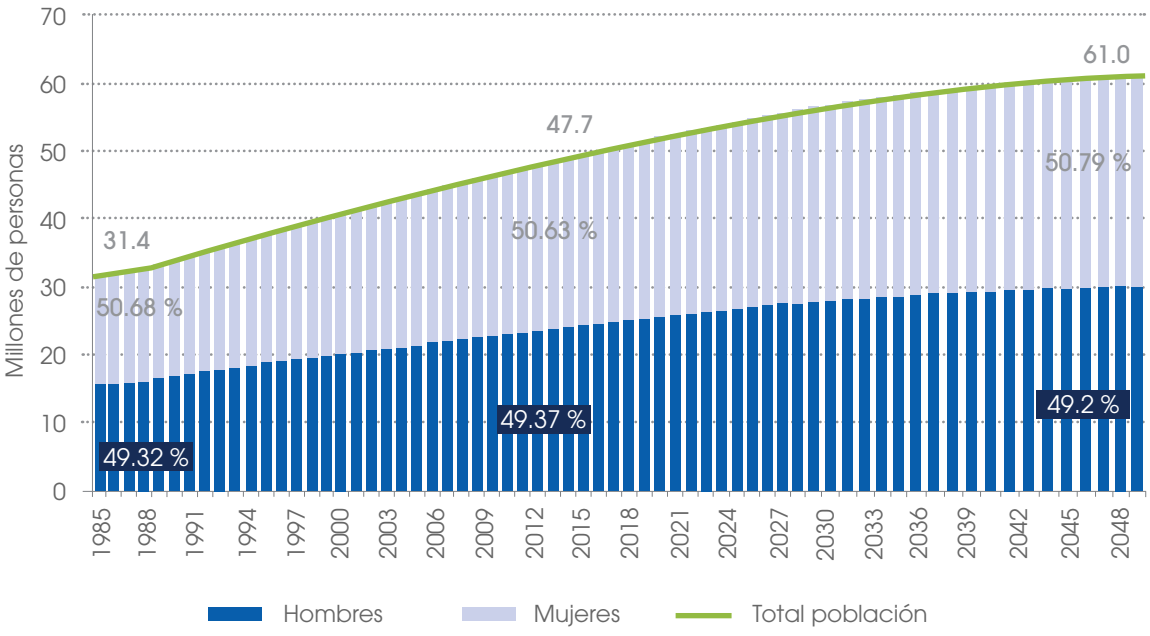
7 "Cabecera" se refiere a la unidad geográfica donde está ubicada la Alcaldía del municipio. "El resto" se refiere al resto del municipio.

1.5.1. El volumen de población y su distribución por edad

Entre 1985 y 2014, la población colombiana aumentó en aproximadamente un 52 %: de 31 millones de personas pasó a 48 millones. Se estima que en las próximas tres décadas siga creciendo, aunque a un ritmo menor: de 48 millones de personas en el 2014 aumentaría a 61 millones en el 2050. Las mujeres aportan en promedio un 51 % del total, porcentaje que se mantiene estable a lo largo del periodo (Figura 4).

Figura 4

Evolución población total nacional y por sexo (millones de personas), 1985-2050



Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

En las últimas dos décadas del siglo XX, la población colombiana crecía a una tasa promedio del 1.5 %, valor que se ha ido reduciendo hasta llegar en la actualidad a un 1.1 %. Se espera que en el largo plazo converja a cero, y que en el 2050 se sitúe en un 0.1 %. Esta estabilización de la población nacional es acorde con el promedio latinoamericano, cuya tasa de crecimiento para el 2014 fue de 1.3 % y para el 2050 se

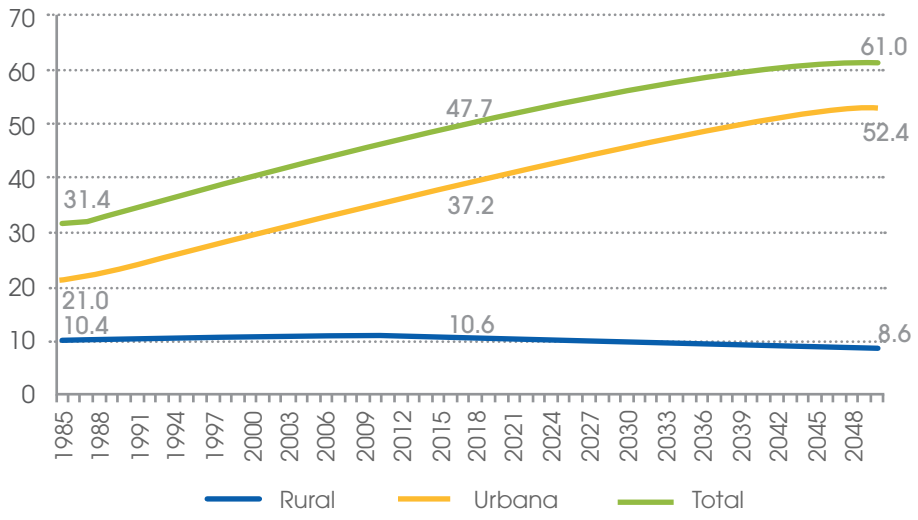
espera sea de 0.3 % (Cotlear, 2011). Las tasas de crecimiento por sexo se comportan relativamente igual a la tasa de crecimiento poblacional, aunque la de la población masculina siempre es un poco más baja que la femenina.

Colombia, al igual que América Latina, ha sufrido rápidos procesos de urbanización, lo que implica que la población urbana crezca más rápido que la rural. Actualmente se calcula que el 80 % de la población latinoamericana vive en áreas urbanas (Celade, 2014), mientras que en Colombia ese porcentaje es del 77 %. El promedio de personas que en el 2050 vivirán en zonas urbanas se estima será del 86 %, ligeramente inferior al promedio latinoamericano estimado por el Celade (90 % para ese mismo año).

Como se observa en la Figura 5, la población rural se ha mantenido relativamente estable en los últimos treinta años, contrastando con el notable crecimiento de la población urbana. A partir de 1994 se aprecia incluso una ligera tendencia a la baja de la población rural, tendencia que en las próximas décadas será más pronunciada: de 10.6 millones de personas en la actualidad, baja a 8.6 millones en el año 2050. De esta forma, el aumento de la población total en Colombia en el periodo de estudio será atribuible plenamente a la población urbana, cuyas tasas de crecimiento serán superiores a las del promedio nacional.

Figura 5

Población total nacional y por área (millones de personas), 1985-2050



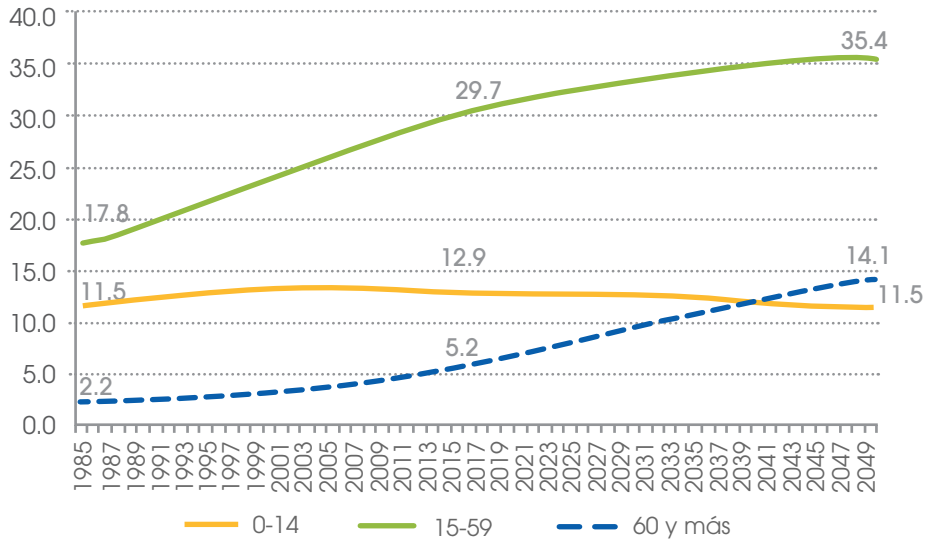
Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

Los cambios en la estructura por grupos de edad permiten identificar los rasgos del envejecimiento demográfico de la población. En la Figura 6 se puede observar que, a lo largo del periodo, la población de 60 años o más es la que más aumenta en términos absolutos: entre 1985 y 2050, su tamaño aumenta en casi 7 veces, mientras que la población de 15-59 años no llega a duplicarse y la menor de 15 años permanece estable. La población de 0 a 14 años empieza a decrecer a partir del 2001 y la que está en edad productiva presentaría tasas de crecimiento cercanas a 0 entre el 2020 y el 2046, año en el que empieza a tener una tasa de crecimiento negativa. Para el 2050, la tasa de crecimiento poblacional será negativa para los grupos de 0 a 14 años y de 15 a 59, y positiva solo en la población de 60 años o más (0.9 %). Esta dinámica diferencial por grupo de edad hace que aproximadamente a partir del año 2040 el tamaño absoluto de la población de 60 años o más supere al de la población menor de 15 años (Figura 6).

La población de 60 años o más registra en el periodo de estudio el mayor crecimiento poblacional, lo que se traduce en un proceso de envejecimiento paulatino de la población. Este fenómeno es similar al que se observa en todos los países latinoamericanos en los cuales, en el período 2025-2050, la fecundidad se ubica por debajo del nivel de reemplazo[8] y la población mayor crece a un ritmo más alto que los demás grupos (Celade, 2009).

Figura 6

Población total nacional por grupos de edad (millones de personas), 1985-2050



Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

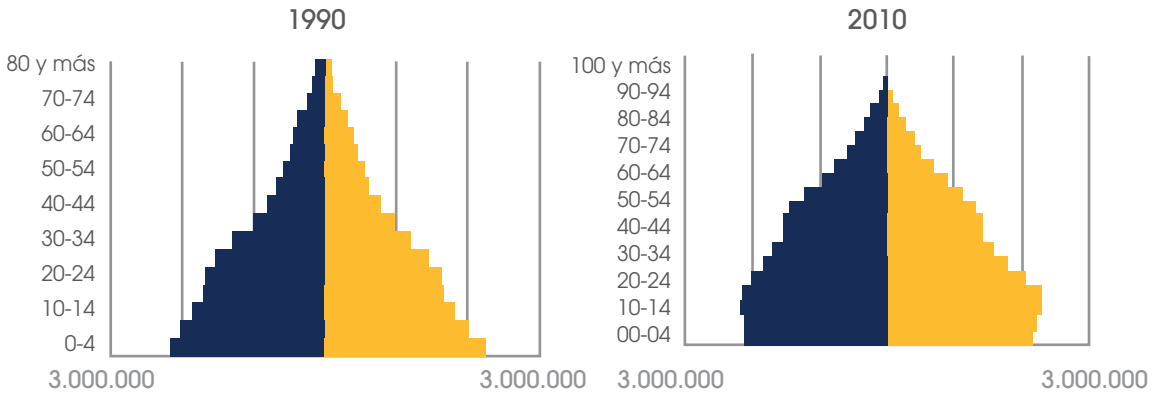
8 La fecundidad se encuentra por debajo del nivel de reemplazo cuando la tasa global de fecundidad desciende a menos de 2.1 hijos por mujer, lo que reduce el tamaño de las nuevas generaciones, produce un decrecimiento poblacional y un aumento de la proporción de la población adulta (en ausencia de migración).

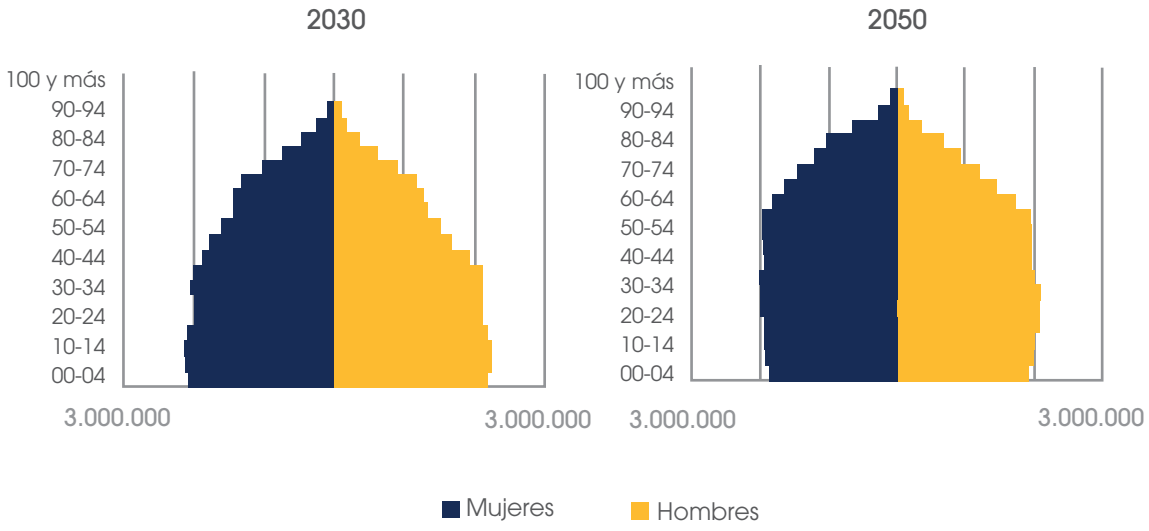
La transformación de la estructura etaria de la población colombiana a lo largo de las seis décadas analizadas se puede observar en la Figura 7. A pesar del descenso de las tasas de fecundidad que venía ocurriendo desde mediados de la década de 1960, el alto porcentaje de mujeres en edad reproductiva hizo que los nacimientos siguieran aumentando hasta inicios del siglo XXI (todavía en 1990 se observa una estructura de la población en forma piramidal). A partir del primer quinquenio del siglo XXI empieza a perderse gradualmente esa forma piramidal, debido a que el número de nacimientos empieza a disminuir mientras que sigue en aumento la población joven, adulta y mayor. Para los años 2030 y 2050, la estructura etaria se vuelve rectangular y se aprecia un aumento significativo en el peso relativo de las personas de 60 años o más.

La Figura 7 muestra también unas pirámides poblacionales cargadas hacia la izquierda en las edades mayores, lo que se debe a una sobremortalidad masculina en las edades adultas y a una mayor longevidad femenina. Esta es una característica generalizada de los países de América Latina, en los que la proporción de mujeres de 60 años o más es considerablemente mayor que la de los hombres, con excepción de Guatemala (Cotlear, 2011). En el caso colombiano, la mayor supervivencia de la población femenina se ve reforzada por el incremento en la mortalidad masculina, debido especialmente a muertes violentas. Esto ha aumentado el diferencial de la esperanza de vida entre hombres y mujeres (Flórez, 2000). La misma tendencia se mantiene en la primera mitad del siglo XXI, donde se evidencia que la población femenina es predominante en los grupos de edad de 60 años o más.

Figura 7

Estructura de la población por edad y sexo. Total nacional



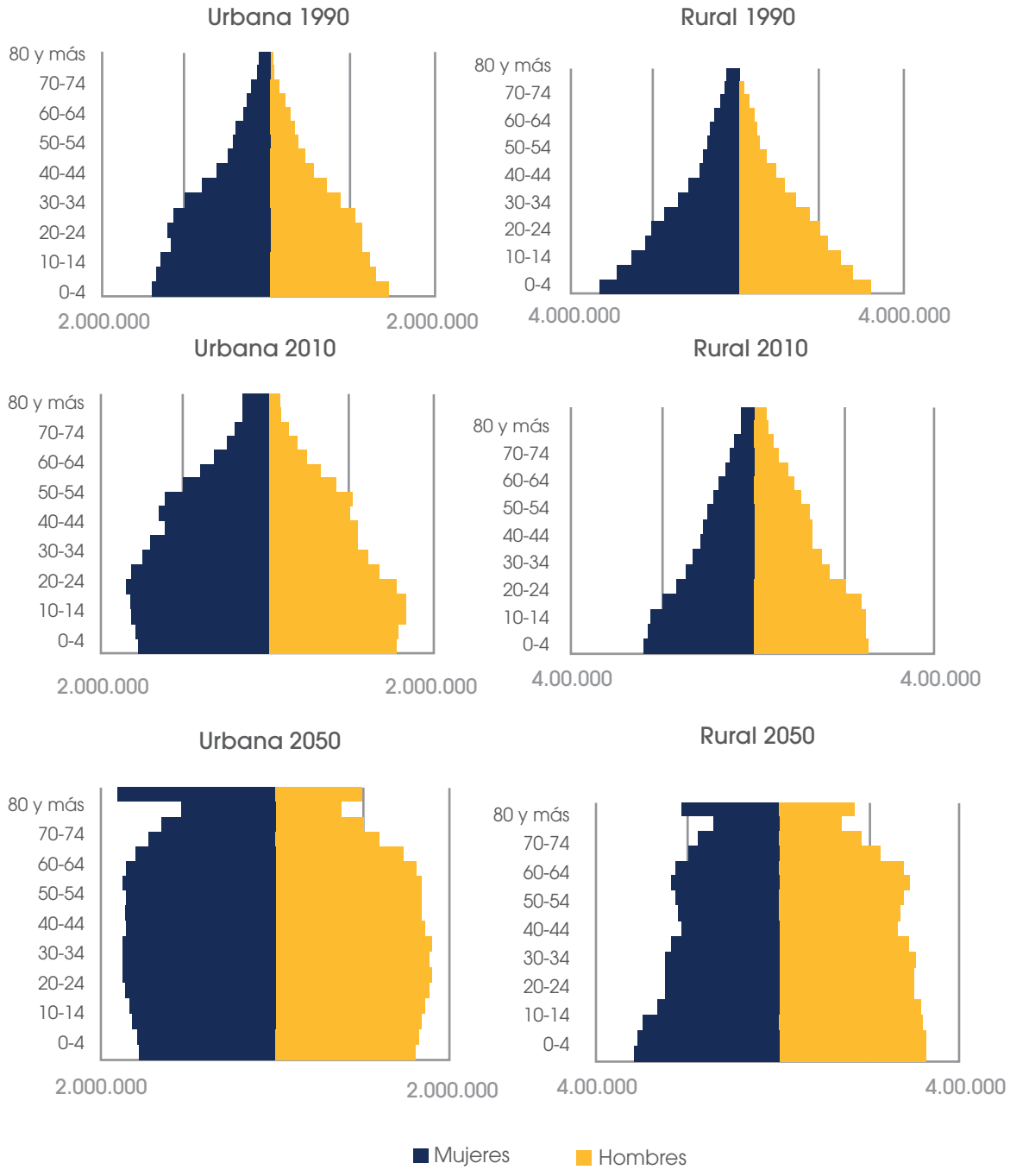


Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

Los cambios en la estructura etaria de la población colombiana difieren entre áreas urbanas y rurales (Figura 8): primero, la estructura por edad del área urbana se vuelve rectangular más rápido que la del área rural, debido a un inicio más temprano de la TD, principalmente al descenso de la fecundidad; segundo, la migración rural-urbana selectiva por edad y sexo afecta principalmente los grupos de 15 a 35 años de edad, especialmente de mujeres. Esto hace que estos grupos disminuyan su participación en la distribución rural y que la aumenten en la urbana; tercero, las mayores tasas de fecundidad en las zonas rurales hacen que el porcentaje de niños en la población sea mayor que en las urbanas. En términos relativos a la población de 15 a 35 años, la población de 60 años o más también constituye una mayor proporción en las zonas rurales que en las urbanas. Sin embargo, la mayor mortalidad en las zonas rurales y el proceso de envejecimiento de los adultos que migraron hacia las ciudades en años anteriores hace que la población de 60 años o más tienda a crecer de manera más que proporcional en las zonas urbanas frente a las rurales.

Figura 8

Estructura de la población por edad y sexo según el área



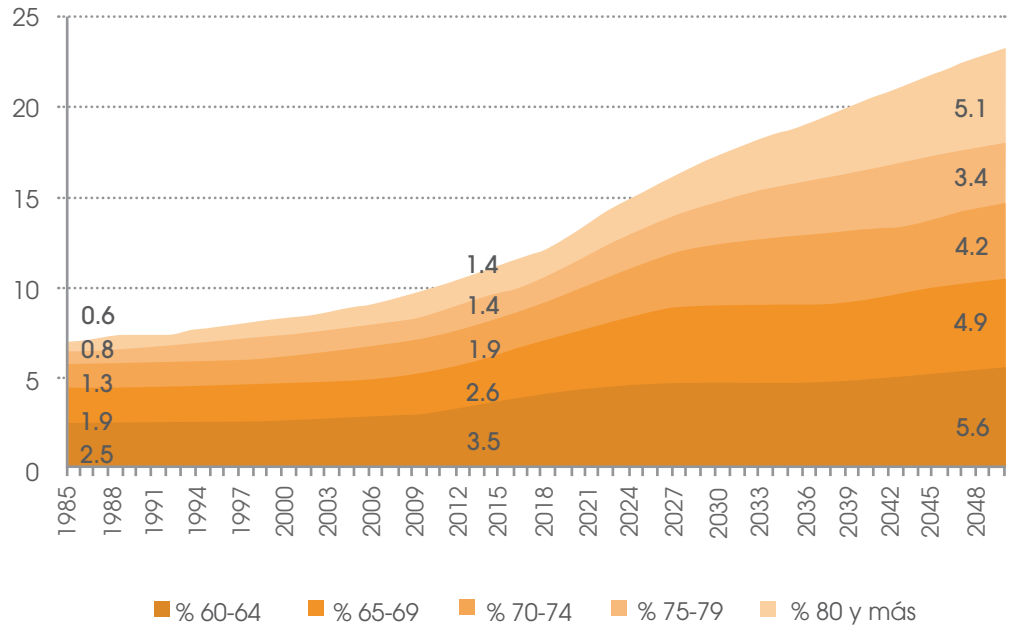
Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

1.5.2. La distribución relativa por edad

Uno de los indicadores clásicos del proceso de envejecimiento demográfico es el porcentaje que representa la población de 60 años o más respecto del total de la población. En Colombia, a partir del año 2020, el peso de las personas de 60 años o más frente al total de la población empieza a crecer aceleradamente (ver Figura 9). En 1985, esa proporción era alrededor del 7 %; en el 2014 representaba el 10 % y a partir del 2020 tendrá un crecimiento acelerado que lo llevará al 23 % en el 2050. El subgrupo de edad más dinámico es el de 80 años o más, que representará en el 2050 un 5 % de la población total, en contraste con el 0.6 % de 1985 y del 1.4 % en el 2014. Esto tiene consecuencias de política pública, pues este grupo es el que más demanda servicios de salud y de cuidado, e impondrá una mayor responsabilidad a los programas de asistencia y seguridad social del Estado.

Figura 9

Porcentaje de la población de 60 años o más frente a la población total nacional, 1985-2050



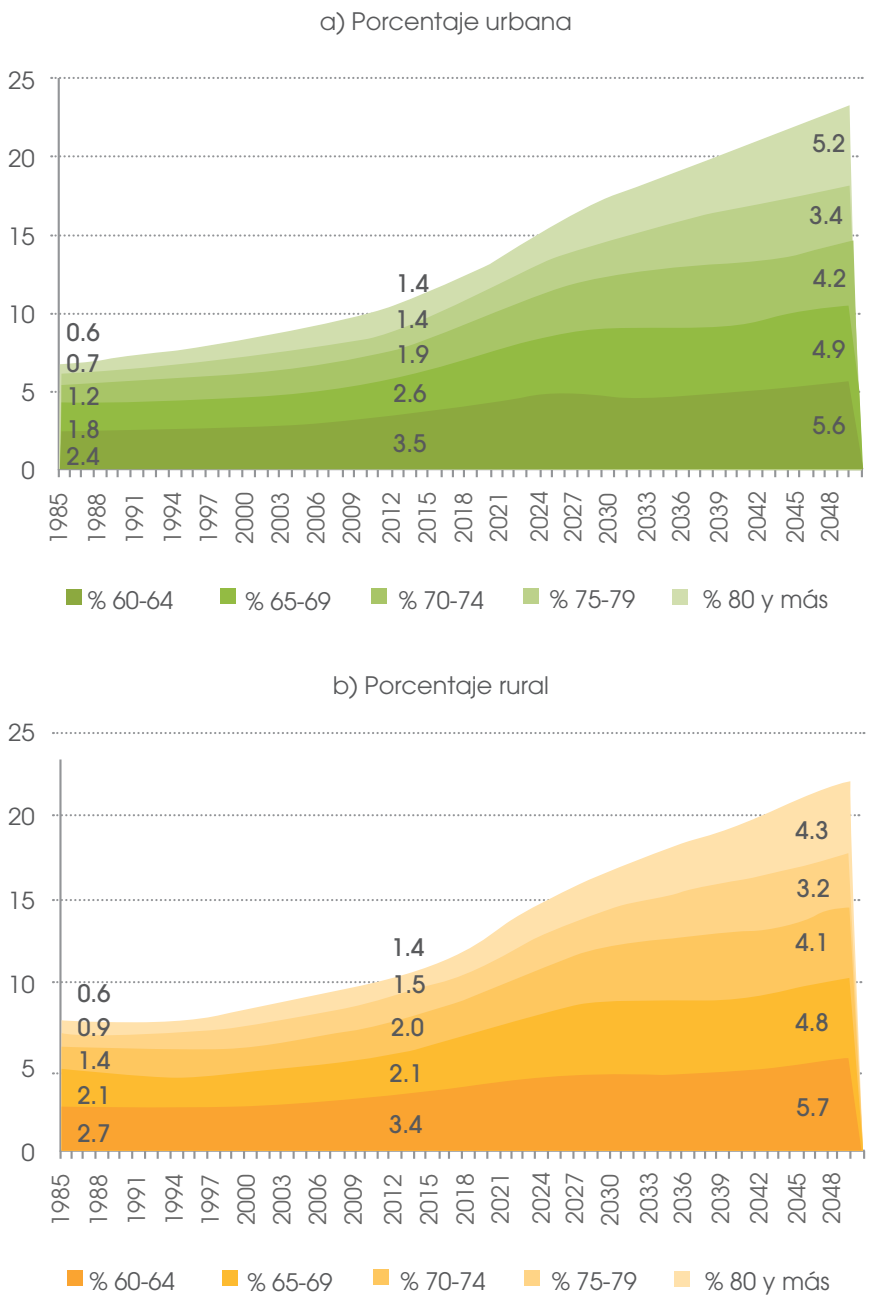
Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

La evolución de la estructura etaria de la población colombiana es similar a la descrita por Celade (2009) para el promedio de América Latina. En el año 2000, el porcentaje de personas de 60 años o más en la región era del 8.2 %, mientras que en Colombia era de 8.3 %. Para el 2025 el porcentaje latinoamericano sería del 15 % y el colombiano de un 15.3 %. Finalmente, para el 2050, ese porcentaje sería del 24 %, mientras que el nacional rondaría el 23 %. Estos cambios en el peso de la población de personas mayores están ocurriendo en Colombia y América Latina con más rapidez que en otras regiones del mundo (Guzmán y Hakkert, 2001). Mientras que a Estados Unidos le tomó 70 años duplicar el porcentaje de personas mayores de 65 y a Holanda y Finlandia casi 100, a Colombia le tomará alrededor de unos 30 años. Este proceso más acelerado de envejecimiento de su población frente a los países desarrollados obedece a la rápida transición demográfica de los países latinoamericanos, y en especial de Colombia, si se compara con las regiones más desarrolladas. Los procesos de estas fueron más lentos porque se enmarcaban en el proceso de modernización. Como lo dice Flórez (2000), citando a Zavala de Cosio (1990), "el proceso de transición de los países europeos es el de 'las sociedades que inventaron la modernización'; mientras que el de los países latinoamericanos se aplica a las sociedades 'en las cuales la modernización se impuso en cierto grado'" (p. 4).

Desagregando por área (Figura 10), la proporción de personas de 60 años o más con respecto al total de la población rural era en 1985 del 7.7 %, mientras que en las zonas urbanas la proporción de mayores frente al total urbano era de un 6.7 %. Es decir que en 1985 la población rural era más envejecida que la urbana. Actualmente esta proporción es casi igual en ambas zonas: 10.8 % en la urbana y 10.9 % en la rural. En el 2050, la proporción de personas mayores sería más alta en las zonas urbanas (23.3 %) que en las rurales (22.1 %). Este comportamiento implica que el proceso de envejecimiento de la población en las próximas décadas será más acelerado en las zonas urbanas que en las rurales, a tal punto que en el 2050 la población urbana será más vieja que la rural, contrario a lo observado en 1985. Esto se explica tanto por una transición demográfica más tardía en el campo como por la migración de personas en edad de trabajar, especialmente mujeres, hacia las ciudades, movimiento que se produjo en las décadas precedentes y que hará que esas personas envejezcan en las ciudades en las décadas por venir.

Figura 10

Porcentaje de la población de 60 años o más con respecto a la población por área, 1985-2050



Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

Debido a que el proceso de TD en Colombia no ha sido homogéneo en todo el territorio nacional (Ramírez, et al., 2013; Flórez, 2000), tampoco lo es el proceso de envejecimiento demográfico. Las regiones Atlántica y Amazonia-Orinoquia son las que menor proporción de personas mayores tienen a lo largo del periodo de estudio, es decir, son las poblaciones con estructuras de edad más joven (ver Tabla 1). En 1985, las diferencias entre regiones no eran tan marcadas. Sin embargo, a medida que el siglo XXI va transcurriendo, las personas de 60 años o más empiezan a adquirir un peso relativo mayor en las regiones más urbanizadas y desarrolladas, como Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca, en las que la proporción aumenta más a lo largo del tiempo, comparada con otras regiones como la Atlántica y la Amazonia-Orinoquia. En el 2050, Bogotá sería la región con mayor porcentaje de personas de 60 años o más, seguida por Antioquia y Valle del Cauca. De esta manera, y como era de esperarse de acuerdo con la teoría, las regiones que muestran un mayor envejecimiento son también las que tienen un mayor proceso de urbanización y modernización. Esta asociación entre modernización y urbanización con niveles más altos de envejecimiento en el mediano plazo se debe a un proceso de transición demográfica más adelantado (menor tasa global de fecundidad y mayor esperanza de vida) en las regiones más desarrolladas y urbanizadas.

Tabla 1

Proporción de población de 60 años o más frente al total. Regiones. Quinquenal

	Antioquia	Bogotá	Valle del Cauca	Amazonía - Orinoquía	Atlántica	Central	Oriental	Pacífica
1985	6.7	6.3	7.9	5.5	6.2	7.3	7.8	7.0
1990	7.4	6.4	8.2	5.2	6.5	8.1	8.2	7.4
1995	8.1	6.7	8.5	5.1	6.9	8.6	8.6	7.9
2000	8.7	7.2	9.1	5.4	7.4	9.4	9.1	8.5
2005	9.3	8.2	9.8	5.7	7.9	10.1	9.7	8.9
2010	10.3	9.6	10.8	6.4	8.6	11.0	10.4	9.5

	Antioquia	Bogotá	Valle del Cauca	Amazonía - Orinoquía	Atlántica	Central	Oriental	Pacífica
2015	11.7	11.5	12.3	7.1	9.6	12.4	11.4	10.2
2020	13.4	13.8	14.0	8.2	10.9	14.1	12.8	11.2
2025	16.5	17.0	17.2	10.1	13.0	16.6	15.8	13.1
2030	18.5	19.4	19.4	11.8	14.6	18.4	17.9	14.6
2035	19.8	21.4	21.1	13.2	15.7	19.5	19.6	15.8
2040	21.2	23.6	22.8	14.5	16.8	20.5	21.2	17.4
2045	22.7	25.7	24.5	15.5	18.1	21.5	22.8	19.1
2050	24.6	27.2	26.2	17.0	19.7	23.4	24.8	21.1

Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

La misma asociación se observa entre ciudades, clasificadas según la edad de sus pobladores. La proporción de población mayor en el 2015 será más alta en las ciudades mayores, maduras y adultas (ver Tabla 2). Y a medida que pasa el tiempo estas diferencias se hacen más pronunciadas, hasta el punto que en el 2050 Medellín tendría más del doble de personas mayores como porcentaje de su población en comparación con Riohacha. Esta ciudad, de hecho, tendrá en el 2050 los mismos niveles que tuvo Medellín en el 2013, que tendrá Cali en el 2018 y Pasto en el 2022. El proceso de envejecimiento es mucho más tardío en las ciudades adolescentes y embrionarias como Montería y Riohacha, en las que la transición demográfica empezó más tarde y en las que la proporción de menores de 15 años es mucho más alta en la actualidad. En términos generales, estas ciudades adolescentes y embrionarias se caracterizan por tener altos niveles de pobreza, déficit de servicios públicos y precarias condiciones sociales (Ramírez, et al., 2013), lo que explica que todavía existan altas tasas de fecundidad y mortalidad, sus poblaciones sigan siendo jóvenes y se encuentren en un estado característico de las primeras fases de transición demográfica.

Tabla 2

Proporción de población de 60 años o más frente al total. Ciudades principales. Quinquenal

	Bogotá	Medellín	Cali	Pasto	Barranquilla	Montería	Riohacha
1985	6.3	7.2	8.3	5.9	7.5	6.2	5.4
1990	6.4	8.6	8.3	8.3	7.8	6.5	4.7
1995	6.7	9.7	8.5	9.6	8.1	6.8	5.1
2000	7.2	10.5	8.9	9.6	8.6	7.2	5.9
2005	8.2	11.7	9.6	9.3	9.1	7.6	6.1
2010	9.6	13.2	10.7	10.1	10.1	8.4	6.4
2015	11.5	15.4	12.2	11.2	11.6	9.7	6.8
2020	13.8	17.9	14.0	12.8	13.6	11.2	7.5
2025	17.0	21.9	17.3	15.0	16.6	12.9	8.5
2030	19.4	24.6	19.5	17.0	18.9	14.5	9.4
2035	21.4	26.3	21.3	18.6	20.6	15.6	10.2
2040	23.6	28.1	23.0	20.6	22.6	16.6	11.1
2045	25.7	30.3	24.8	22.7	24.8	17.8	12.2
2050	27.2	32.7	26.6	24.7	26.9	19.5	13.9

Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

1.5.3. Relación de dependencia

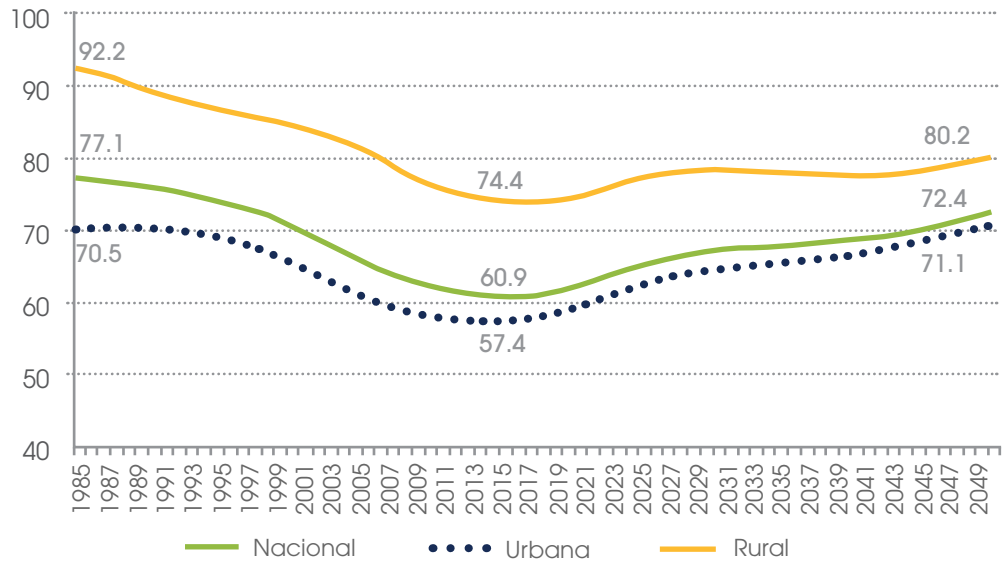
La relación de dependencia es la relación entre la población potencialmente dependiente (menor de 15 años y de 60 años o más) y la población potencialmente activa (15-59 años). Este indicador, que descansa enteramente en la estructura por edad, se usa para medir, en términos generales, la necesidad de soporte social de la población adulta mayor y de la población infantil por parte de la población económicamente activa. Cuando hay disminuciones en la relación de dependencia, se abre una ventana de oportunidad denominada bono demográfico, momento en el cual se requieren menos recursos para el soporte de la población dependiente y aumentan las posibilidades de acumulación de capital y crecimiento económico. En términos de fases, el bono demográfico ocurre cuando la relación de dependencia

es menor a 66 dependientes por 100 personas activas (Ramírez, et al., 2013). La relación de dependencia ayuda a predecir los efectos potenciales de los cambios demográficos en el desarrollo económico (Cotlear, 2011).

La relación de dependencia ha venido disminuyendo en los últimos años (ver Figura 11). Su aumento en el pasado obedeció principalmente al gran número de personas entre 0 y 14 años de edad. Pero a medida que avanza la transición demográfica, la participación de este grupo en el total de la población empieza a disminuir debido al descenso en las tasas de fecundidad, mientras que la participación de la población de 15 años o más empieza a crecer hasta conformar una sociedad mayoritariamente juvenil, en la que las relaciones de dependencia alcanzan el punto más bajo y se dan las condiciones propicias para el bono demográfico. En Colombia, la relación de dependencia es actualmente de 60.9, lo que significa que por cada 100 jóvenes hay 61 personas en edades no productivas. El punto más bajo se alcanzaría alrededor del año 2018, lo que indicaría que en esta y en la próxima década el crecimiento económico colombiano se beneficiaría del bono demográfico. Después de la década del 2020, la relación de dependencia comenzaría a aumentar de nuevo, ahora como consecuencia del envejecimiento paulatino de la población.

Figura 11

Evolución de la relación de dependencia, 1985-2050



Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

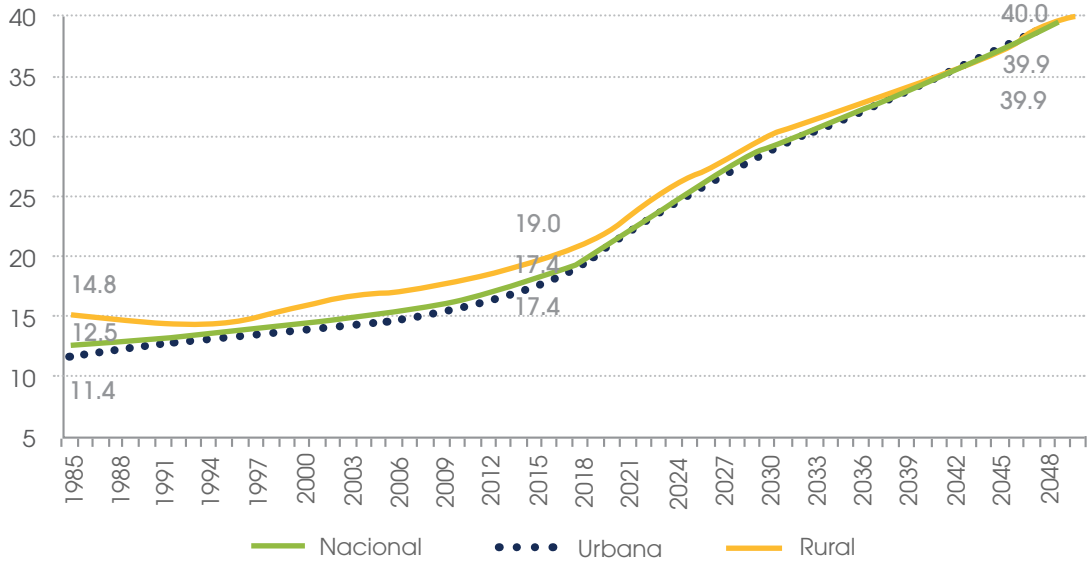
La relación de dependencia tiene dos componentes: el asociado a la población menor de 15 años y el de la población de 60 años o más (la Figura 12 muestra la relación de dependencia de las personas mayores). Este indicador asocia únicamente a la población de 60 años o más con la población en edad de trabajar (15-59 años). El envejecimiento de la población a lo largo del periodo se evidencia en el hecho de que la relación de dependencia de las personas mayores es creciente: pasa de 13 personas mayores por cada 100 en edad activa en 1985 a 17 en el 2014 y a 40 en el 2050. Sin embargo, es a partir de la década del 2020 cuando esta relación aumenta más aceleradamente, dando paso al final de la fase de sociedad juvenil[9] y al inicio de una sociedad en proceso de envejecimiento, en la que el bono demográfico se acaba y comienza a regir lo que se conoce como impuesto demográfico[10]. Por consiguiente, la sociedad debe prepararse para disponer y asignar más recursos a la población mayor, con los costos económicos y financieros que esto puede implicar. Por otra parte, es importante resaltar que la emigración hacia las ciudades que ocurre en las zonas rurales hace que la población económicamente activa suela ser menor como porcentaje del total y que las relaciones de dependencia sean por ello mismo más altas. Es decir, que en las zonas rurales hay un menor soporte de la población dependiente por parte de la población potencialmente activa.

En términos generales, la evolución de la relación de dependencia en Colombia es acorde con los promedios de Latinoamérica. En el siglo XX, las altas relaciones de dependencia en el subcontinente obedecían a las relaciones de dependencia de los menores. A finales de la presente década se espera que la región llegue a los mínimos valores de dependencia (alrededor de 60) para luego empezar a crecer de nuevo debido a los incrementos de la población mayor de 60 años. Sin embargo, el inicio de una sociedad envejecida en Latinoamérica en su conjunto se espera que ocurra alrededor del 2040, algo más tarde que en Colombia (Celade, 2014). En cuanto a otras regiones, como Asia, el proceso es más heterogéneo: India e Indonesia, por ejemplo, llegarán a sus puntos más bajos de relación de dependencia en el 2040 y el 2015 respectivamente, en contraste con países como Japón o China, que alcanzaron sus puntos más bajos en 1990 y en el 2010, respectivamente.

9 De acuerdo con Celade (2014), una sociedad juvenil es aquella en la que predomina la población menor de 20 años.
10 De acuerdo con Celade (2014), después del periodo del bono demográfico sigue un período en el que el cambio demográfico es adverso, ya que la fuerza laboral potencial crece más lentamente que la población dependiente. Este período económico es el del impuesto demográfico.

Figura 12

Evolución de la relación de dependencia mayor, 1985-2050



Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

1.5.4. Índice de envejecimiento

El índice de envejecimiento, otro indicador de la estructura por edad, es la relación entre las personas de 60 años o más y la población menor de 15. Este indicador muestra la capacidad de renovación de una población, ya que a medida que el volumen de la población de 60 años o más supere el de la población menor de 15, esta última no reemplazará a la población mayor en un futuro. El índice muestra también qué tan rápido deben ajustarse las ofertas sociales para una población adulta mayor creciente (Celade, 2011).

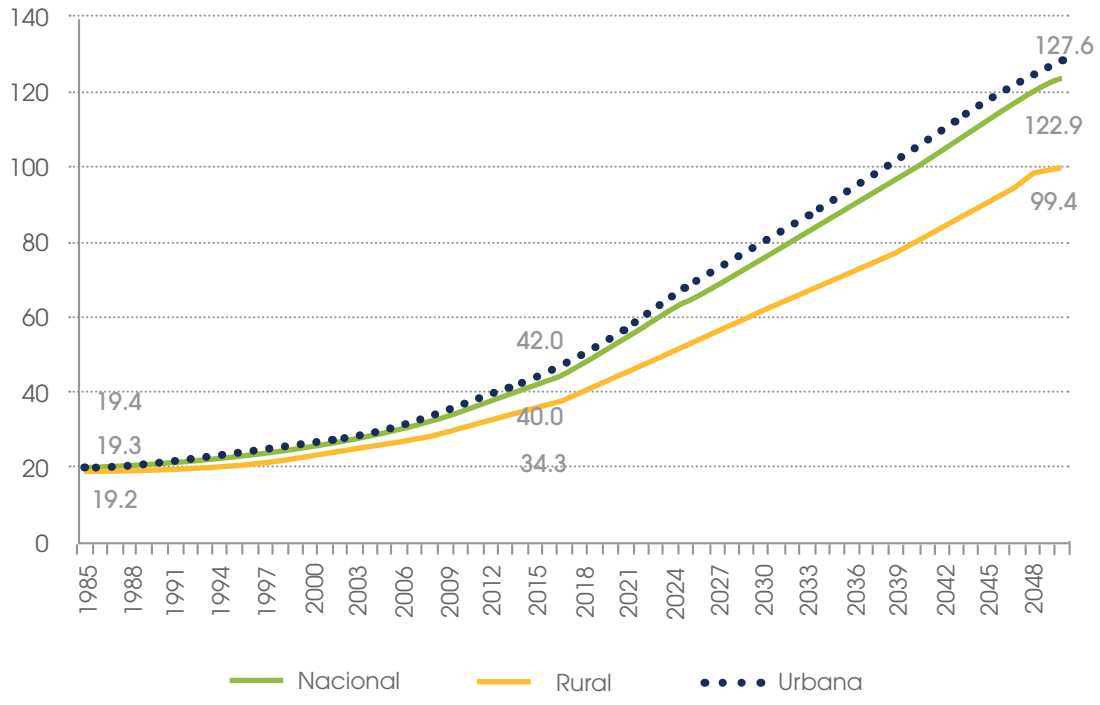
El índice de envejecimiento en Colombia ha ido aumentando, y el proceso se acelerará considerablemente en las próximas tres décadas: pasará de 40 a 122.9 entre el 2014 y el 2050 (Figura 13).

En la década de los años ochenta, el índice de envejecimiento era similar en las zonas urbanas y en las rurales: alrededor de 19 adultos de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años. Sin embargo, dado el aumento más acelerado de la

población de 60 años o más en las zonas urbanas, el índice de envejecimiento empieza a divergir entre zonas (Figura 13): en el 2050 será mucho más alto en las zonas urbanas que en las rurales, con una mayor población de personas mayores por cada 100 menores en las ciudades que en el campo. Esto implica una capacidad cada vez menor de renovación de la población urbana.

Figura 13

Evolución del índice de envejecimiento, 1985-2050



Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

Los índices actuales de envejecimiento en Latinoamérica no son tan altos, pero la perspectiva es que aumenten rápidamente en las próximas décadas. En el 2010, el índice era de 36, y se espera que en el 2050 sobrepase los 150. De acuerdo con Celade (2011), Colombia se encuentra por debajo de esa media (34 frente a 36), y el índice tenderá a crecer más lentamente que en el resto de la región. Con respecto a los países en desarrollo, Colombia y América Latina presentan índices de envejecimiento mucho más bajos, aunque se espera una convergencia entre regiones a finales de este siglo.

Debido a que el índice de envejecimiento es un indicador revelador de los retos que va a tener que enfrentar el Estado para suplir la oferta de bienes y servicios de las personas mayores frente a los de la población menor de 15 años, desagregamos este indicador en lo nacional, lo regional y por ciudades. La Tabla 3 presenta el índice de envejecimiento para las regiones nacionales en quinquenios para el periodo 1985-2050. Una vez más, las regiones Amazonia-Orinoquia y la Atlántica registran los índices más bajos, mientras que a Bogotá le corresponde el más alto: en 1985 era de 18 personas mayores por cada 100 niños, actualmente es de 50 y en el 2050 llegará a 160, el más alto entre las regiones del país.

Tabla 3

Índice de envejecimiento regional. Quinquenal

	Antioquia	Bogotá	Valle del Cauca	Amazonia-Orinoquia	Atlántica	Central	Oriental	Pacífica
1985	19.9	17.7	22.4	12.9	15.7	21.1	21.3	17.4
1990	22.3	18.6	24.0	12.5	17.0	23.6	23.1	18.6
1995	24.7	20.8	26.0	12.3	18.4	25.5	24.7	20.5
2000	27.6	24.6	29.7	13.1	20.5	28.3	27.2	23.1
2005	32.2	30.2	34.7	14.5	23.0	32.5	31.0	25.8
2010	39.3	39.0	42.5	17.2	26.9	38.6	36.3	29.7
2015	47.9	50.0	52.1	20.4	31.9	46.3	42.8	34.4
2020	56.9	63.2	61.9	24.9	38.2	55.0	50.6	40.1
2025	73.9	82.4	79.4	32.5	48.0	68.0	66.6	48.5
2030	87.1	98.7	93.9	39.9	56.8	79.4	79.6	56.8
2035	98.4	114.6	107.7	48.1	64.9	89.5	92.4	65.5
2040	111.1	132.0	122.2	57.0	74.0	100.2	106.6	77.0
2045	123.9	148.4	136.4	65.4	83.9	110.9	121.1	89.8
2050	137.7	160.0	149.8	76.1	95.8	125.9	137.3	104.0

Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

Con el transcurso del tiempo, la diferencia de este índice entre ciudades se amplía (Tabla 4). Medellín registrará en el 2050 el índice de envejecimiento más alto de todo el país, equiparándose al que en la actualidad muestran los países más desarrollados del mundo. Riohacha, en cambio, tendrá un índice de envejecimiento comparable al del continente africano, donde la transición demográfica está en una etapa incipiente. La marcada diferencia regional entre los índices de envejecimiento, que se amplía con el transcurrir del tiempo, pone en evidencia la necesidad de que la política pública tenga en cuenta las diferencias territoriales y sus consecuencias para la oferta de servicios sociales.

Tabla 4

Índice de envejecimiento. Ciudades principales. Quinquenal

	Bogotá	Medellín	Cali	Pasto	Barranquilla	Montería	Riohacha
1985	17.7	26.1	25.4	15.5	20.6	17.2	14.1
1990	18.6	30.7	27.2	24.4	22.3	18.4	12.4
1995	20.8	34.9	28.9	31.5	24.3	19.3	13.2
2000	24.6	40.6	31.8	33.5	28.0	21.2	14.9
2005	30.2	52.4	35.9	33.2	32.2	23.7	16.2
2010	39.0	66.7	43.4	39.6	38.2	28.4	17.2
2015	50.0	84.2	53.4	49.4	47.4	34.8	18.5
2020	63.2	101.1	64.4	61.7	59.5	43.2	21.3
2025	82.4	133.9	83.0	77.9	78.2	52.9	25.3
2030	98.7	160.9	98.7	94.4	94.6	63.5	29.9
2035	114.6	185.6	113.8	111.5	109.8	73.3	34.3
2040	132.0	214.1	129.8	134.2	127.3	83.9	39.6
2045	148.4	244.5	145.7	160.1	147.3	95.9	46.4
2050	160.0	278.7	161.0	187.1	167.0	111.5	56.1

Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

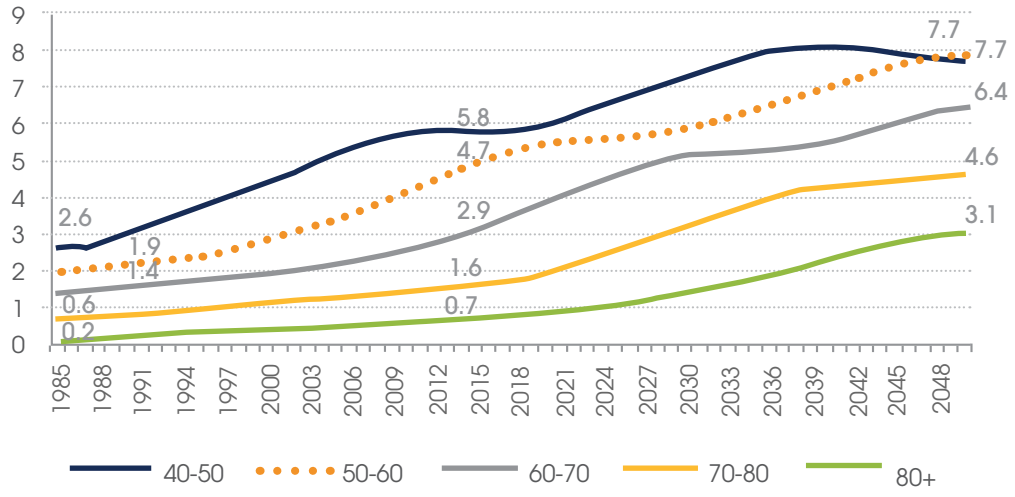
1.5.5. Cambios en el tamaño y estructura por edad de las personas mayores en Colombia

En esta sección se hace una caracterización demográfica a partir de un análisis de la heterogeneidad en cada grupo etario y la desagregación de los resultados por edad, área, regiones y ciudades.

La Figura 14 muestra en términos absolutos la evolución de la población adulta de 40 años o más por grupos de edad a escala nacional. Como en el resto de países de la región en Colombia se observa un aumento significativo en el volumen de personas adultas mayores en el periodo de estudio (Celade, 2014). El crecimiento absoluto y relativo de la población en cada grupo se incrementa con la edad. Así, mientras que el grupo de 40-50 años se triplica entre 1985 y el 2050, el de 60 años o más aumenta 6.4 veces, pero el de 80 años o más se multiplica por 17. La población de 40-50 años crece hasta el año 2039, y a partir de ese momento empieza a decrecer. Para el 2050, la población que más habrá crecido es la de 80 años o más. Esto significa que dentro del grupo de personas mayores también se da un proceso de envejecimiento, es decir, que esta población se está envejeciendo: la edad promedio de las personas mayores es cada vez más alta.

Figura 14

Evolución de la población de 40 años o más por grupos de edad (Millones de personas), 1985-2050

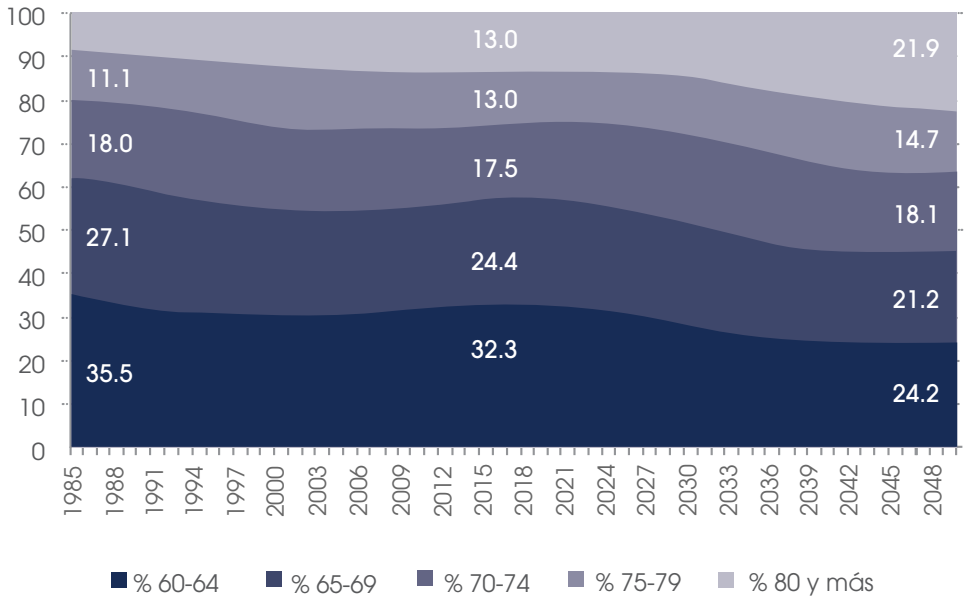


Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

La Figura 15 muestra en términos relativos la composición de la población de 60 años o más por grupos de edad. El cambio más drástico consiste en el aumento del porcentaje de participación del grupo de 80 años o más en el de las personas mayores: pasa de un 8.3 % en 1985 a un 21 % en el 2050. Esto quiere decir que en el 2050 una de cada cinco personas mayores será de 80 años o más. A su vez, el grupo de 60 a 64 años reduce su participación, dando paso a un significativo aumento de los grupos de edades más avanzadas. Consecuentemente, a medida que el siglo XXI avanza, el fenómeno de envejecimiento demográfico, definido como el aumento de la participación de la población de 60 años o más en el total, se acompaña de un notable incremento en la proporción de población "muy mayor", con las consiguientes implicaciones sociales y los retos para la política pública en salud, vivienda y cuidado, entre otros.

Figura 15

Composición de la población de 60 años o más por grupos etarios, 1985-2050



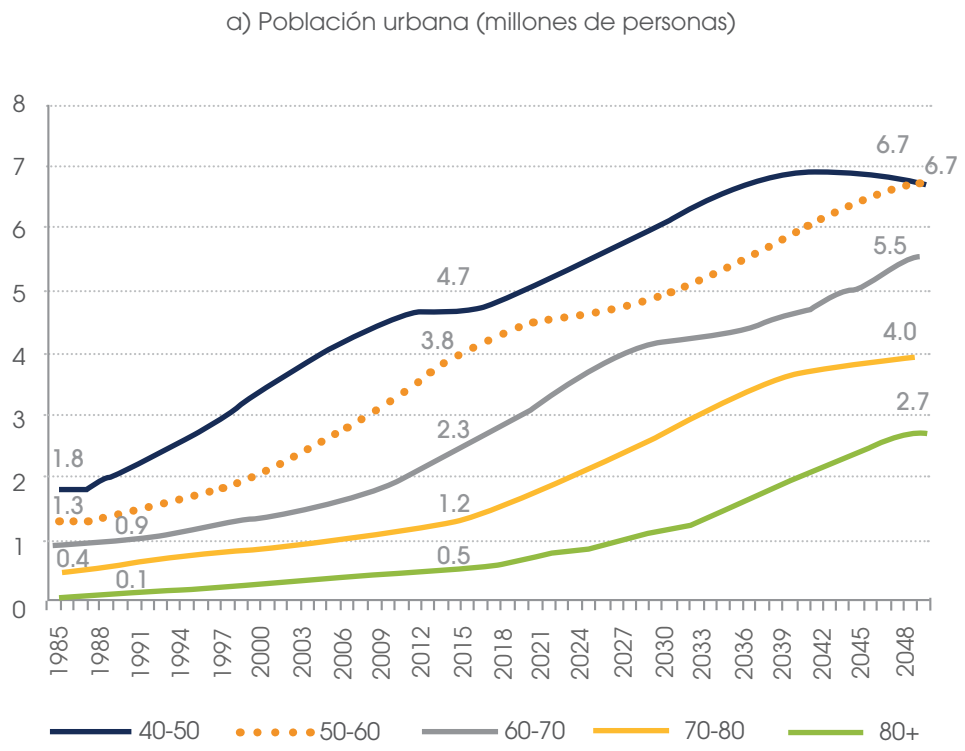
Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

La población urbana, que constituye la mayor parte de la población total, tiene un comportamiento similar al del total descrito anteriormente (Figura 16,

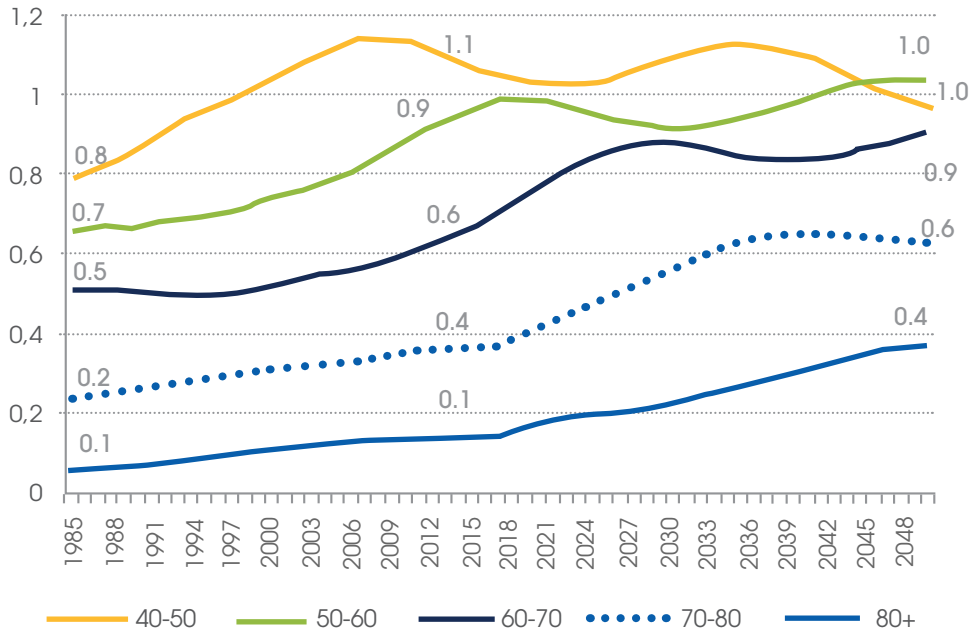
panel a). En contraste, en la zona rural no hay un aumento tan pronunciado de la población de personas mayores en las próximas décadas. El número de personas de 80 años o más se incrementa, pero los otros grupos de edad de 40 años o más tienden a estabilizarse e incluso en algunos períodos se reducen en términos absolutos, en contraste con lo que venía sucediendo en décadas anteriores (Figura 16, panel b). En las áreas rurales, entonces, a diferencia de las urbanas, el proceso de envejecimiento de la población en las próximas dos décadas no será tan intenso: en parte por el hecho de que la transición demográfica ocurrió primero en las zonas urbanas y en parte como consecuencia de la migración del campo a las ciudades.

Figura 16

Evolución población de 40 años o más por grupos de edad, urbana y rural



b) Población rural (millones de personas)



Fuente: Elaboración propia a partir del DANE y de las proyecciones de Álvaro Pachón y Asociados para la Misión de Ciudades.

1.6. Envejecimiento doméstico: los hogares y las personas mayores en Colombia

Al mismo tiempo que se envejece la estructura por edades, aumenta también la proporción de personas de 60 años o más en los hogares. Es decir, en los hogares cobra importancia relativa la presencia de personas mayores, lo que se conoce como envejecimiento doméstico. En esta sección se analiza este cambio al interior de los hogares, como también se muestran los cambios en las estructuras de hogares asociadas al envejecimiento de la población.

1.6.1. La importancia de las personas mayores en los hogares

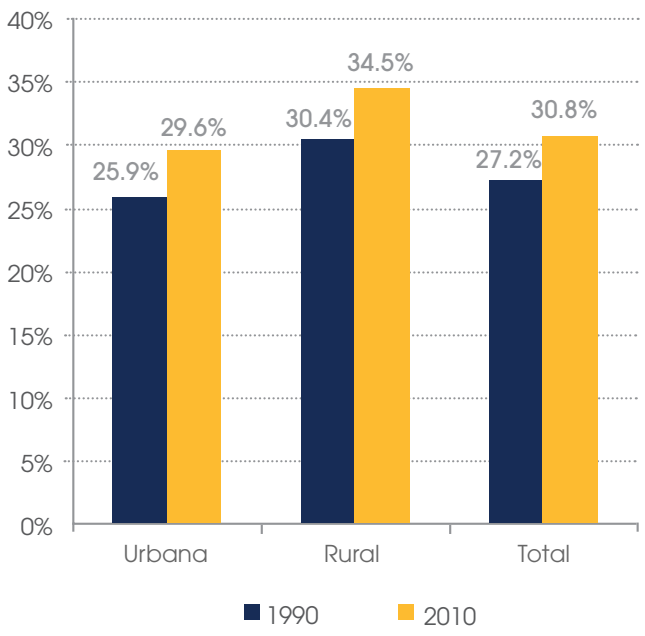
El envejecimiento doméstico, medido como la proporción de hogares con una o más personas mayores, es bastante más importante que el envejecimiento

demográfico en todos los países de América Latina. Según Celade (2008b), Panamá tenía en el 2001 un 8.9 % de la población mayor de 60 años, pero en un 25.9 % de los hogares vivía una o más personas mayores. En México, en el mismo año, los porcentajes eran de 7.3 % y 23.2 % respectivamente. En Colombia, en el 2010, alrededor del 9 % de la población era de 60 años o más, pero en un 30.8 % de los hogares vivía por lo menos una persona mayor (Figura 17). Es decir, aun cuando solo 1 de cada 10 personas son mayores, cerca de 1 de cada 3 hogares colombianos cuenta con la presencia de personas mayores. Esto quiere decir que cualquier política social orientada a las personas de 60 años o más afectará más contundentemente a los hogares que a los individuos.

Por zona, el porcentaje de hogares con personas mayores en el 2010 fue más alto en las zonas rurales que en las urbanas: 34.5 % frente a 29.6 %.

Figura 17

Evolución del porcentaje de hogares con al menos algún miembro mayor



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDS (1990) y (2010).

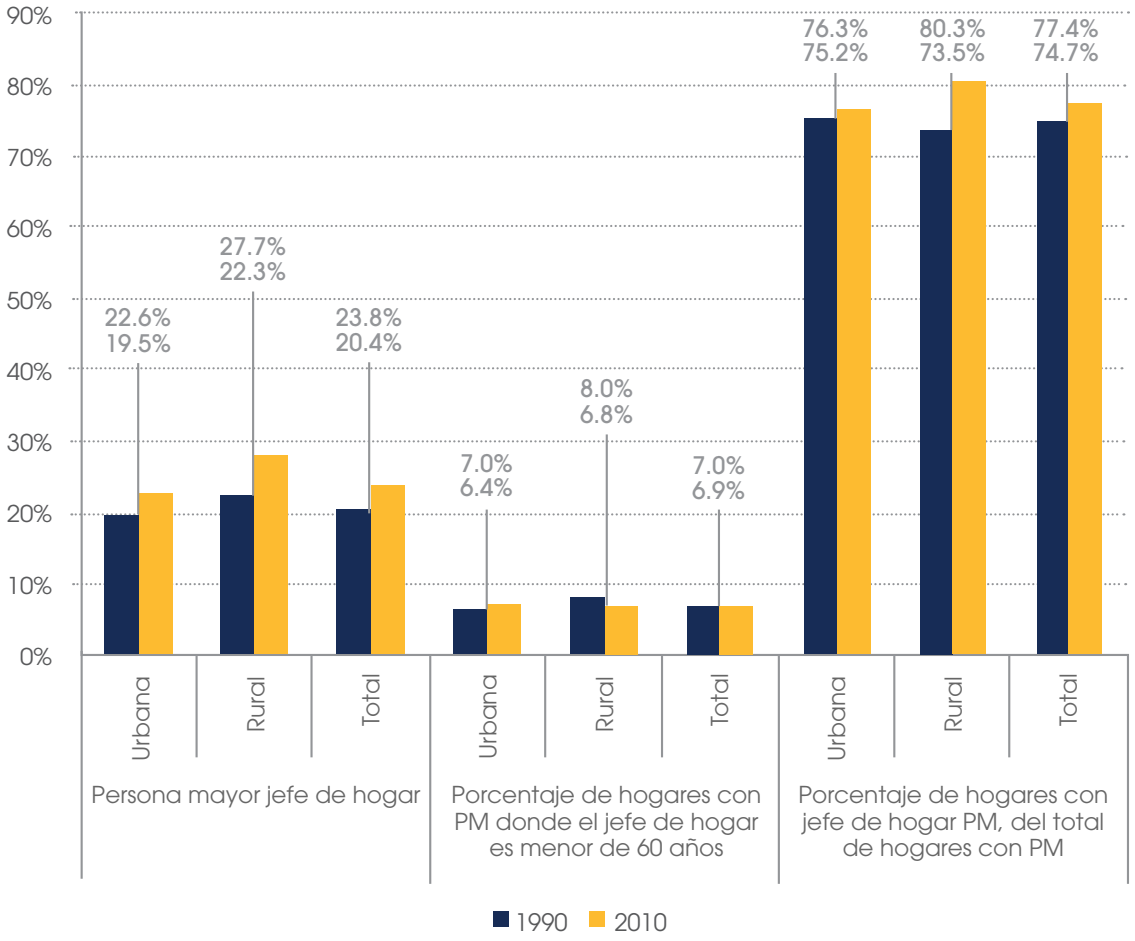
Debido al proceso de envejecimiento demográfico e individual, el envejecimiento doméstico ha venido aumentando en el país: en 1990, en el 27.2 % de los hogares vivían personas mayores; en el 2010, este porcentaje asciende al 30.8 %. Este comportamiento es similar en las zonas urbanas y en las rurales (Figura 17).

La presencia de personas mayores en los hogares no necesariamente se asocia a una "carga" o dependencia de la persona mayor. Por el contrario, en una proporción importante de las familias, los jefes de hogar son personas mayores. De acuerdo con Celade (2008b), "en todos los países, y de manera sistemática en zonas urbanas y rurales, entre el 73 % y el 85 % de los hogares que tiene personas mayores son liderados precisamente por una persona mayor" (p. 52). El caso de Colombia lo corrobora: en el 2010, en el 77.4 % de los hogares con personas mayores el jefe de hogar era una de ellas, mientras que en tan solo un 7 % de los hogares con jefe del hogar menor de 60 años vivían personas mayores (Figura 18). La importancia de las personas mayores como jefes de hogar es más pronunciada en las zonas rurales que en las urbanas, debido en parte a la migración rural-urbana selectiva por edad, que hace que las personas mayores permanezcan en el campo mientras que los jóvenes en edad productiva migran a las ciudades.

No solo la persona mayor es jefe en los hogares con personas mayores, sino que la jefatura de hogar ejercida por una persona mayor es importante en todos los hogares y cada vez lo es más. Entre 1990 y el 2010, el porcentaje de hogares con una persona mayor como jefe aumentó tanto en las zonas urbanas como en las rurales: del 20.4 % al 23.8 % a escala nacional (Figura 18). Así, en el 2010, cerca de 1 de cada 4 hogares era liderado por una persona mayor. Esta cifra es similar a la de otros países de la región: Chile, por ejemplo, registraba en el 2002 un 24 % de sus hogares liderado por una persona mayor; en Panamá ese porcentaje era del 20.8 % y en México, en el 2009, de un 19 % (Celade, 2008b). Esta tendencia de los hogares a ser liderados por una persona mayor, además de relacionarse con el proceso de envejecimiento demográfico, sugiere cambios en los arreglos co-residenciales, como veremos en la siguiente sección.

Figura 18

Evolución del porcentaje de hogares con personas mayores jefes de hogar y dependientes



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDS (1990) y (2010).

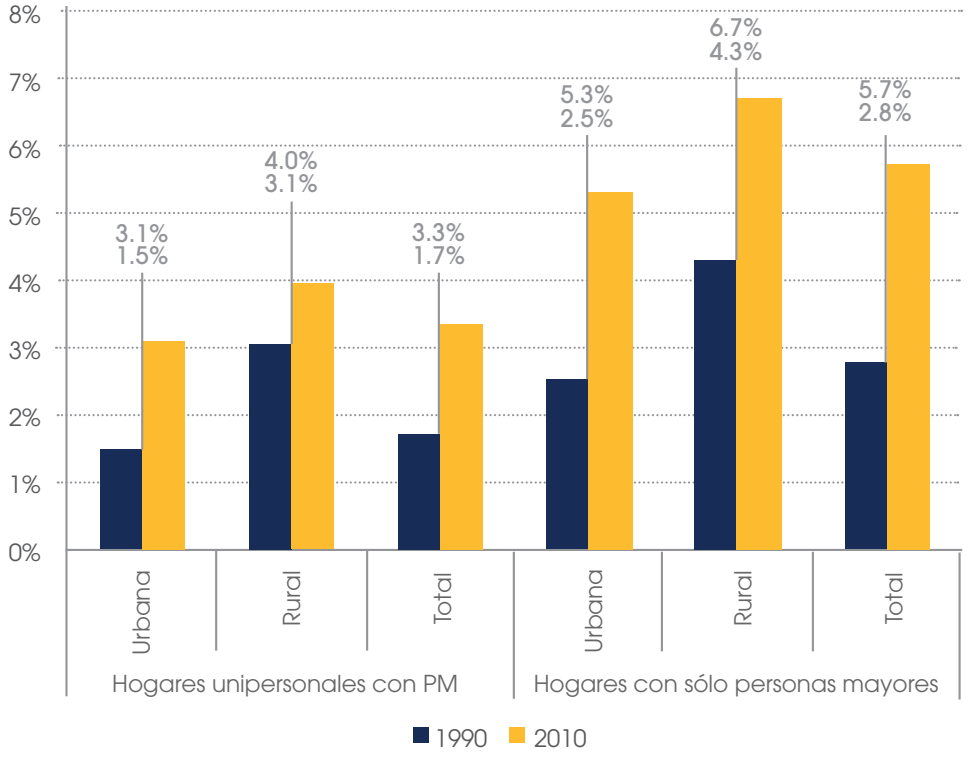
1.6.2. Las estructuras familiares y las personas mayores

Ullmann et al. (2014) indican que las estructuras familiares en América Latina y el Caribe se han transformado en todos los países, independientemente del grado de desarrollo y de la etapa de transición demográfica en que se encuentren. Han aumentado los hogares unipersonales, han disminuido los hogares nucleares

biparentales[11] y se han incrementado los hogares monoparentales con jefatura femenina. El promedio de la región latinoamericana registró un aumento del 7 % al 11.4 % de hogares unipersonales entre 1990 y el 2010. Si bien el porcentaje de hogares unipersonales en Colombia es menor al promedio latinoamericano, mantiene la tendencia creciente de la región: pasó de un 6.9 % en 1990 a un 9.5 % en el 2010 (según la ENDS, 1990 y 2010), y llegó a un 13.4 % en el 2013 (según la ECV 2013). Estos cambios globales en las estructuras familiares se reflejan aun con mayor intensidad en los hogares con personas mayores. El porcentaje de hogares unipersonales con personas mayores prácticamente se duplicó entre 1990 y el 2010: pasó de un 1.7 % a un 3.3 % a escala nacional (Figura 19). El aumento fue mucho más acentuado en las zonas urbanas, pero aun así es mayor la presencia relativa de hogares unipersonales de personas mayores en las zonas rurales que en las urbanas.

Figura 19

Evolución del porcentaje de hogares unipersonales con una persona mayor y hogares con solo personas mayores.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDS (1990) y (2010).

11 Los hogares nucleares se componen de un núcleo conyugal con o sin hijos, y puede ser biparental si cuenta con padre y madre, o monoparental si cuenta con uno de los dos padres (padre o madre) (Cepal, 2014).

No solo los hogares unipersonales con personas mayores aumentan significativamente entre 1990 y el 2010, sino que paralelamente se registra un incremento importante del porcentaje de hogares conformados exclusivamente por personas mayores: de un 2.8 % pasa a un 5.7 % (Figura 19). De nuevo, el aumento es mayor en la zona urbana que en la rural pero, aun así, en el 2010 el porcentaje de hogares con solo personas mayores era más alto en la zona rural que en la urbana: 6.7 % frente a 5.3 % respectivamente. Este mayor porcentaje de hogares rurales con solo personas mayores puede estar relacionado con la migración rural-urbana selectiva por edad y sexo que vivió el país en las décadas pasadas.

La tendencia creciente hacia los hogares unipersonales de personas mayores y hacia los conformados exclusivamente por personas mayores tiene implicaciones en términos de las necesidades de cuidado por fuera del hogar, ya sea provista por otros hogares –con o sin pago– o por instituciones especializadas en cuidado, a medida que estas personas mayores se hacen más longevas (envejecimiento individual) y más frágiles en su salud.

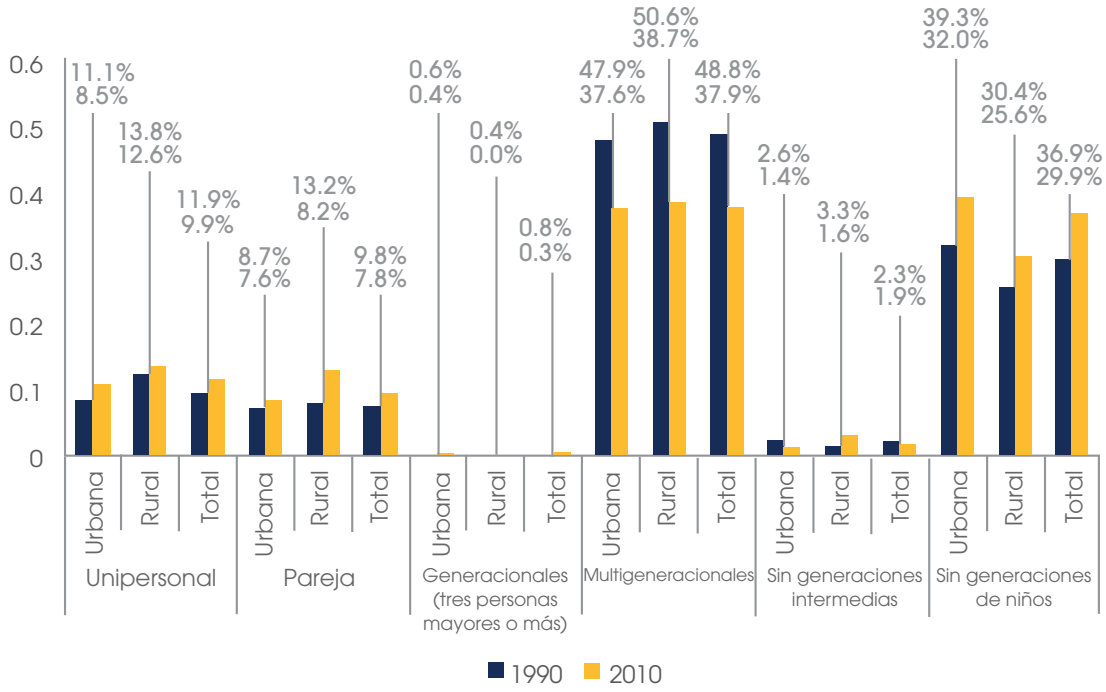
De acuerdo con Celade (2008a), la cohabitación es un "mecanismo de apoyo intergeneracional, en particular de protección durante la vejez, pero sin suponer *a priori* que el único flujo posible es de jóvenes a viejos". La co-residencia con personas mayores puede considerarse como una respuesta de los hogares a la protección familiar, como una forma de enfrentar los mayores costos de la salud y las necesidades de atención derivadas del envejecimiento individual. Sin embargo, la co-residencia intergeneracional también puede ser un mecanismo de apoyo de las cohortes mayores hacia las más jóvenes cuando estas últimas enfrentan periodos de crisis económica (Celade, 2008a).

La clasificación de los hogares con personas mayores según la tipología por generaciones indica que la co-residencia intergeneracional es muy frecuente en América Latina: en el año 2000, en por lo menos el 70 % de los hogares con personas mayores en Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, México y Panamá, se registran arreglos multigeneracionales, es decir, hogares en los que conviven personas de 60 años o más con personas menores de 60 años (Celade, 2008a). En Colombia, en el 2010, casi el 77 % de los hogares con personas mayores eran multigeneracionales (Figura 20): en un 37.9 % de los hogares convivían tres generaciones (mayores, intermedia y niños), en un 36.9 % cohabitaban personas mayores y la generación intermedia (sin niños) y en un 1.9 % convivían personas mayores y niños, sin miembros de la

generación intermedia. Por el contrario, un 11.9 % de los hogares con personas mayores son unipersonales, es decir, esta persona vive sola; en un 9.8 % vive sola con la pareja y menos de un 1 % son hogares unigeneracionales, esto es, hogares en los que solo viven personas mayores.

Figura 20

Distribución de los hogares con personas mayores según tipología generacional, 1990-2010



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDS (1990) y (2010).

La prevalencia de hogares multigeneracionales con personas mayores en Colombia y en los países latinoamericanos contrasta con los arreglos familiares de Estados Unidos y Europa del norte, donde más del 80 % de las personas mayores vive en hogares unipersonales o solo con su pareja (Celade, 2008a). Sin embargo, en Colombia se observa una tendencia creciente hacia los hogares unipersonales y en los que vive solo la pareja: en el 2010 representaban el 21.7 %, mientras que en 1990 el porcentaje era de un 17.7 % (Figura 20).

La co-residencia de las personas mayores en Colombia varía por sexo, pues la expectativa de vida de las mujeres es mayor. Arango y Ruiz (2011) señalan que mientras una tercera parte de los hombres mayores de 60 años convive en hogares

de dos generaciones (con su cónyuge y sus hijos), una tercera parte de las mujeres de la misma edad convive en hogares de tres generaciones (por lo general, con sus hijos y nietos, y debido a que el porcentaje de viudez entre ellas es más alto).

1.7. Envejecimiento individual: la longevidad en la población colombiana

Al proceso de transición demográfica está asociado un descenso en la mortalidad y un aumento en la esperanza de vida al nacer, como también un incremento de la esperanza de vida en las edades mayores. No solo desciende la mortalidad infantil, sino que también hay una mayor sobrevivencia de las personas mayores, una mayor longevidad. A este proceso se le denomina envejecimiento individual. Esta sección analiza la evolución de la expectativa de vida y del índice de feminidad, como indicadores del envejecimiento individual.

1.7.1. La expectativa de vida

Uno de los rasgos característicos del avance de la transición demográfica es el aumento de la expectativa de vida. Este aumento obedece a que las causas de la mortalidad cambian: las causas endógenas cobran más importancia frente a las causas exógenas. Esta transformación, asociada al proceso de transición epidemiológica y a los avances tecnológicos derivados del proceso de modernización, provocó la reducción de la mortalidad infantil, y esta a su vez produjo el incremento de la expectativa de vida al nacer (Celade, 2014).

La expectativa o esperanza de vida al nacer es el número de años que vivirán en promedio las personas de una misma cohorte de nacimiento, manteniendo el patrón de mortalidad por edad constante a lo largo de la vida[12]. La expectativa de vida al nacer en Colombia es actualmente de 76 años, superior a la que prevalece en América Latina (74.7 años) e inferior a la de los países desarrollados (80 años).

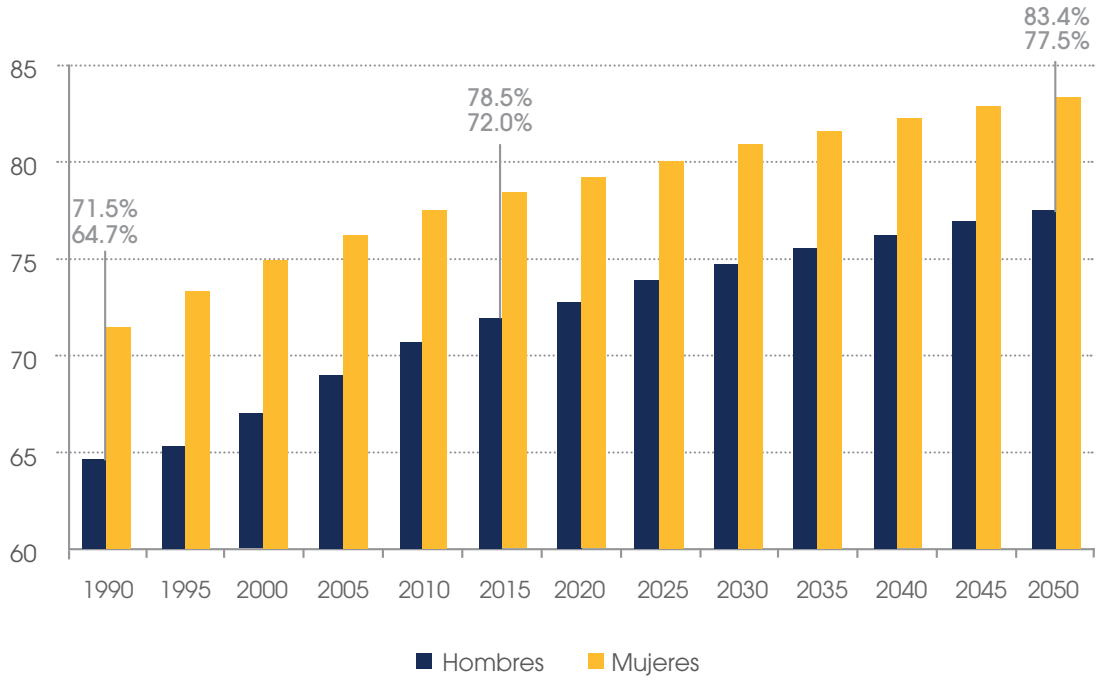
La Figura 21 muestra la evolución prevista de la expectativa de vida al nacer en Colombia por quinquenios, desde 1990 hasta 2050, y discriminando por sexo.

12 La expectativa de vida de una persona no es constante: a medida que las personas van envejeciendo, la expectativa de vida condicionada va aumentando. Así, un colombiano a los 60 años espera vivir 20 años más, para un total de 80, que es mayor a la expectativa de vida al nacer: 76 años.

En el 2050, una mujer al nacer esperaría vivir 83.4 años, mientras que un hombre viviría 77.5 años. El aumento de la expectativa de vida entre 1990 y el 2050 sería en total de 11.9 años para las mujeres y 12.9 años para los hombres. El 58 % de este aumento ocurre entre 1990 y el 2015, y el 42 % restante se espera que suceda hacia el año 2050. Entre la expectativa de vida de las mujeres y de los hombres a lo largo del tiempo, y en todas las regiones del mundo, hay un diferencial importante. Se espera que en Colombia se reduzca de 6.9 en 1990 a 5.9 en el 2050.

Figura 21

Expectativa de vida al nacer, 1990-2050



Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

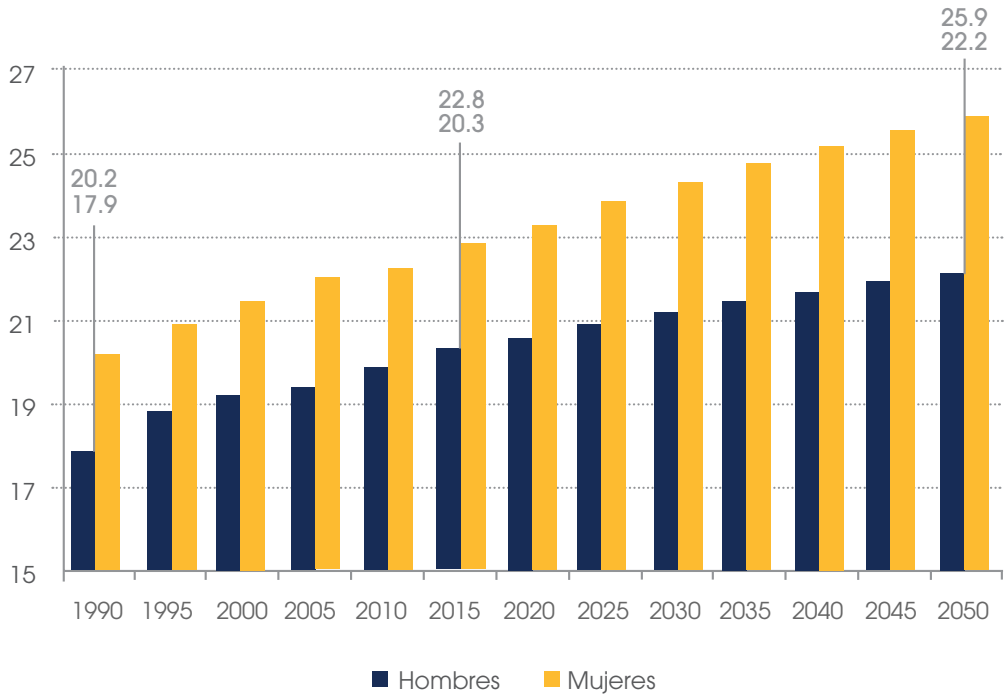
La expectativa de vida al nacer se ve afectada en alto grado por la mortalidad infantil, pero también, en un país como Colombia, por los relativamente altos niveles de mortalidad en la edad adulta joven asociados con la violencia. Dado que la expectativa de vida cambia con la edad, una mejor medida de la longevidad promedio de quienes llegarán a ser personas mayores es la expectativa de vida condicionada a los 60, a los 70 o a los 80 años, esto es, el número promedio

de años que una persona espera vivir tras haber alcanzado esas edades, y manteniendo constantes las condiciones de mortalidad (Celade, 2006). En el periodo 1990-2050 hay un aumento de alrededor 5 años en la expectativa de vida a los 60 años en ambos sexos (ver panel a) de la Figura 22). Por otro lado, las expectativas condicionadas a los 70 y a los 80 años (paneles b y c) muestran aumentos mayores en las mujeres que en los hombres. En consecuencia, las mujeres que en el 2050 lleguen a cumplir 70 años esperarán vivir en promedio 17.2 años, alrededor de tres años más que los hombres; las que llegaran a cumplir 80 vivirán en promedio 9.44 años, dos años más que los hombres. Estos diferenciales en la expectativa de vida por sexo son comunes en casi todos los países del mundo. En Asia, por ejemplo, se proyecta que en el 2050 las mujeres indias o chinas que lleguen a los 60 años vivirán cuatro años más que los hombres, diferencia que en Japón es de 7.5 años.

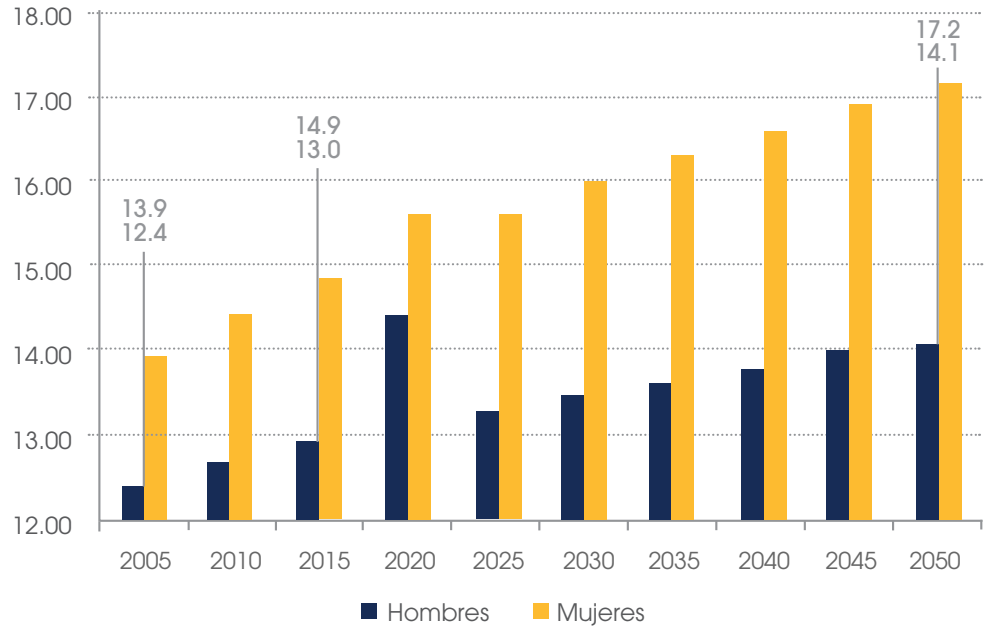
Figura 22

Expectativa de vida en Colombia condicionada por edades

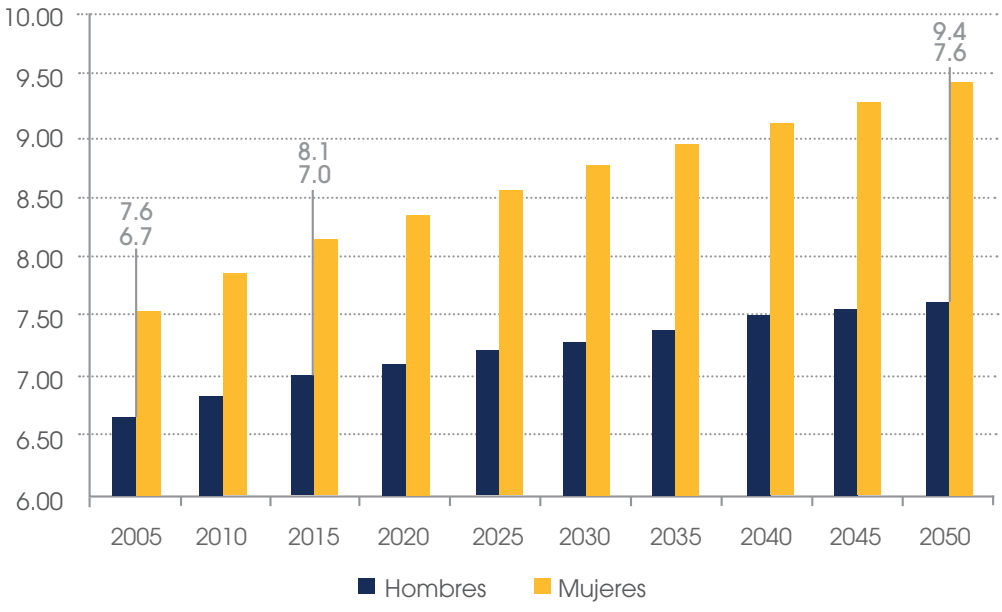
a) Expectativa de vida a los 60 años, 1990-2050



b) Expectativa de vida a los 70 años, 2005-2050



c) Expectativa de vida a los 80 años, 2005-2050



Fuente: Elaboración propia a partir del DANE (2014) y Pachón (2012).

1.7.2. La feminización del envejecimiento

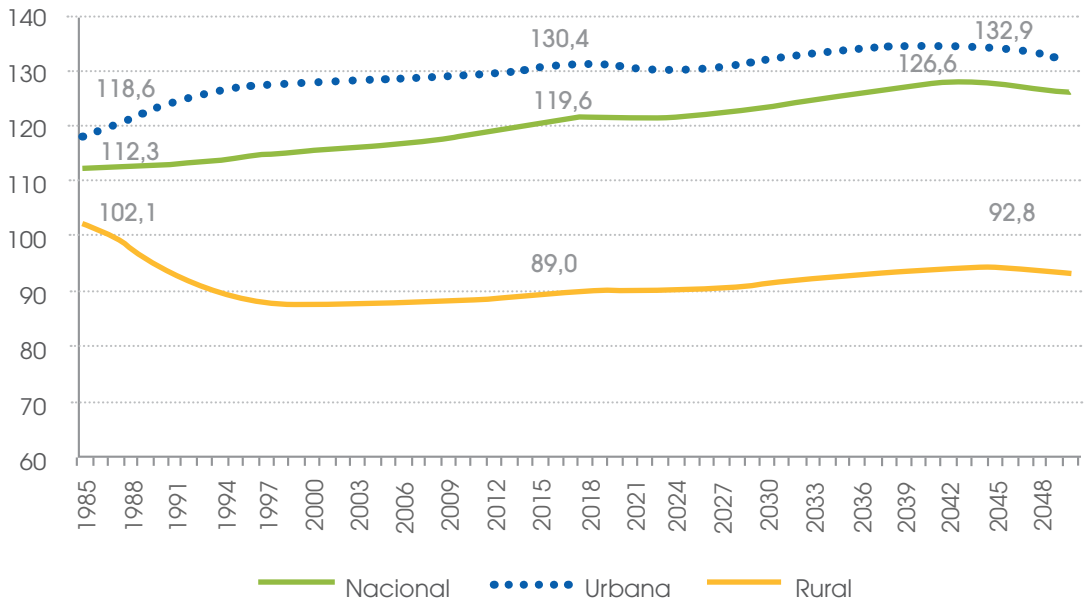
Los diferenciales en las expectativas de vida por sexo implican que la población mayor y muy mayor esté compuesta en su mayoría por mujeres, lo que a su vez supone que el proceso de envejecimiento poblacional esté asociado a una mayor relación de feminidad. La relación de feminidad es el número de mujeres por cada 100 hombres. La Figura 23 muestra la evolución de la relación de feminidad en la población de 60 años o más, para el total nacional, y desagregando por área rural y urbana. A escala nacional es claro que la relación de feminidad aumenta a lo largo del periodo de estudio: en el 2050 llega a 127 mujeres por cada 100 hombres.

El mayor peso de las mujeres en la población de 60 años o más es mucho más marcado en las zonas urbanas, donde la relación de feminidad aumenta significativamente: de 118.6 en 1985 pasó a 130.4 en el 2014. Por el contrario, la relación de feminidad rural se ha reducido fuertemente: en 1985 fue de 102.1, en 1987 fue inferior a 100 y en la actualidad es de 88.9. Las proyecciones apuntan a que estas tendencias se mantendrán sin grandes cambios hasta el 2050. En consecuencia, aunque a escala nacional habrá más mujeres de 60 años o más que hombres, en el 2050, en las zonas rurales habrá solo 93 mujeres por cada 100 hombres, mientras que en las zonas urbanas el índice sería de 133. Estos diferenciales podrían asociarse no solo a la sobremortalidad masculina, sino también a la selectividad por sexo, favorable a las mujeres en la migración rural-urbana.

El comportamiento de las relaciones de feminidad en los grupos de 70 y 80 años o más es similar. Son mucho menores en las zonas rurales, aunque siempre se mantienen por encima de 100, con una disminución al principio del periodo de estudio. Para el 2050, la relación de feminidad de la población de 70 años o más será alrededor de 140 en las zonas urbanas y en el ámbito nacional, mientras que en los grupos de 80 años o más, urbano y nacional, será de 180 aproximadamente. A medida que aumenta la edad, es más marcado el predominio de mujeres tanto a escala nacional y en las zonas urbanas y rurales, debido a que la longevidad femenina es superior.

Figura 23

Relación de feminidad en la población de 60 años o más por área, 1985-2050



Fuente: Elaboración propia a partir del DANE y de las proyecciones de Álvaro Pachón y Asociados para la Misión de Ciudades (2012).

1.8. Síntesis

Como resultado de la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad, Colombia y los países latinoamericanos están viviendo, desde mediados del siglo XX, un rápido proceso de transición demográfica que supone cambios de importancia en la composición por edades de la población. Esos cambios se manifiestan de manera diferente en cada una de las etapas del proceso. En las fases iniciales de la transición demográfica, cuando la fecundidad es alta y la mortalidad ha empezado a reducirse, se tienen estructuras de edad en las que predominan los niños y los jóvenes. En las fases finales, en cambio, cuando tanto la mortalidad como la fecundidad son bajas, se tiene una estructura de edad envejecida, con predominio de las personas mayores. Esto implica un proceso de envejecimiento (demográfico) relativo de la población que para los países de América Latina se hará evidente en las próximas décadas.

En el caso colombiano, la tasa global de fecundidad se redujo de 6.8 hijos por mujer a mediados del siglo XX a 2.2 hijos por mujer en la actualidad. Se espera que este número siga bajando en los próximos años y que se ubique por debajo del nivel de reemplazo (2.1) a comienzos de la próxima década. Entretanto, la esperanza de vida aumentó de 50.6 años a mediados del siglo pasado a cerca de 74 en la actualidad, especialmente como consecuencia del descenso en la mortalidad infantil, que en el mismo lapso se redujo de 123 a 16.5 muertes por mil niños nacidos vivos. Una consecuencia de estas variaciones es que la participación de la población mayor en la población total ha empezado a aumentar de manera sustancial y, ante todo, que lo hará en forma muy acelerada en las décadas venideras. En efecto, la población de 60 años y más pasó de representar apenas el 7 % de la población total en 1985 al 10 % en la actualidad, y llegará al 23 % en el 2050. Los cambios en la estructura etaria de la población son aún más evidentes cuando se tiene en cuenta que en el grupo de la población mayor de 60 años hay también un proceso muy notorio de envejecimiento relativo: mientras que entre 1985 y el 2050 la población total de Colombia se duplica (pasa de 31 millones de personas a 61 millones), el grupo de población entre 60 y 70 años se multiplica por 6.4 y el de más de 80 años se multiplica por 17. Este último grupo estaba constituido por 180 mil personas en 1985, hoy alcanza las 670 mil y en el 2050 llegará a 3.1 millones de personas.

Este proceso de envejecimiento tendrá como consecuencia el fin del bono demográfico del que se ha beneficiado Colombia en las décadas recientes y que se ha manifestado en una relación de dependencia descendente, como resultado de la reducción en la proporción de población menor de 15 años. A partir de la década del 2020, el aumento de la población de 60 años y más dará paso al fin de la sociedad juvenil y al inicio de una sociedad en proceso de envejecimiento en la que el bono demográfico se acaba y comienza lo que Celade ha llamado el impuesto demográfico.

El proceso de envejecimiento demográfico no será homogéneo. En términos geográficos, las zonas urbanas y, dentro de estas las ciudades más modernas, tendrán un proceso de envejecimiento más acelerado. Por otra parte, el envejecimiento irá acompañado de un aumento en la proporción de mujeres entre las personas mayores, no solo como consecuencia de la mayor esperanza de vida que ellas han tenido tradicionalmente en comparación con los

hombres, sino del hecho de que la diferencia entre los dos sexos en términos de expectativa de vida condicionada a los 70 y a los 80 años tiende a ampliarse de manera sustancial.

Al mismo tiempo que la estructura por edades de la población colombiana se envejece, cobra importancia relativa la presencia de personas mayores en los hogares (envejecimiento doméstico) y cambian los arreglos familiares. En cerca de uno de cada tres hogares colombianos viven personas mayores y uno de cada cuatro hogares es liderado por una de ellas, a pesar de que solo una de cada diez personas son mayores. Por otra parte, aunque los arreglos multigeneracionales prevalecen en los hogares con personas mayores, el porcentaje de hogares unipersonales y de hogares en los que solo vive la pareja aumentó significativamente en las últimas dos décadas.

El proceso de envejecimiento implica también un envejecimiento individual: una mayor longevidad. En el 2050, las mujeres que lleguen a 70 años de edad esperarán vivir en promedio 17.2 años adicionales, es decir, hasta los 87.2, alrededor de tres años más que los hombres; y las que lleguen a 80 vivirán en promedio 9.44 años adicionales, es decir, hasta los 89.5, dos años más que los hombres.

Todos estos cambios tendrán enormes implicaciones económicas y sociales, que se relacionan tanto con temas pensionales y de apoyo económico para la vejez, como con los servicios de salud y las necesidades de cuidado. Los capítulos siguientes analizan esas implicaciones.

1.9. Referencias bibliográficas

Arango, V. E. y Ruiz, I. C. (2011). *Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia.* Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha.

Celade. (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez.* Santiago de Chile: División de Población de la Cepal.

Celade. (2008a). *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe.* LC/G.2378 (SES.32/14). Santiago de Chile: División de Población de la Cepal.

Celade. (2008b). *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe.* Santiago de Chile: División de Población de la Cepal.

Celade. (2009). *El envejecimiento y las personas de edad.* Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: División de Población de la Cepal.

Celade. (2011). *Envejecimiento poblacional. América Latina y el Caribe.* Observatorio Demográfico. Santiago de Chile: División de Población de la Cepal.

Celade. (2014). *La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad según el reloj poblacional.* Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: División de Población de la Cepal.

Cepal. (2009). *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* Documento de Proyecto. Santiago de Chile: Cepal-UNFPA.

Chackiel, J. (2004). *La dinámica demográfica en América Latina.* Santiago de Chile: Celade-Cepal.

Corbinos L. A. (2001). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos sociodemográficos y reflexiones éticas.* Acta Bioethica 2001,VII(1), 27-41.

Cotlear, D. (2011). *Envejecimiento de la población: ¿está preparada América Latina?* En D. Cotlear (Ed.), Envejecimiento de la población: ¿está preparada América Latina? (pp. 1-43). Washington, D.C.: Banco Mundial.

DANE (2007). *Proceso de conciliación censal 1985-2005.* Recuperado de: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/conciliacenso/4Fecundidad85_05.pdf

DANE (2014), *Proyecciones de población.* Recuperado de: http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion

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

Flórez, C. E. (2000). *Las trasformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX.* Bogotá: Banco de la República y Tercer Mundo Editores.

Flórez C. E. y Sánchez L. M. (2013). *Fecundidad y familia en Colombia: ¿hacia una segunda transición demográfica?* Serie de Estudios a Profundidad-Encuesta Nacional de Demografía y Salud-END1990 /2010. Bogotá: Profamilia.

Guzmán, J. M. y Hakkert, R. (2001, August). *Some social and economic impacts of the ageing process in Latin American countries.* En XXIV IUSSP General Population Conference, Salvador, Brasil.

Huenchuan, Sandra (2013). *Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013.* Cepal-UNFPA-Documento de Proyecto. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

National Academies Press (2011). *Preparing for the challenges of population ageing in A*sia. Washington D.C.: NAP.

Pachón, A. (2012). *Proyecciones demográficas para el sistema de ciudades en Colombia.* Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.

Ramírez, J. C., Acosta, O. L., Pardo, R., Perdomo, N. y González, L. (2013). *Políticas sociales diferenciadas para las ciudades en Colombia. Una nueva generación de políticas sociales (versión de progreso).* Misión de Sistema de Ciudades DNP-Cepal. Mimeo.

Ullmann H., Maldonado C. y Nieves M. (2014). *La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010: los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado.* Santiago de Chile: Cepal-Unicef.

United Nations, Population Division, Department of Economic and Social Affairs. (2013). *World population prospects: The 2012 revision.* Recuperado de: http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/fertility.htm

Zavala de Cosío, M. E. (1992). *La transición demográfica en América Latina y en Europa.* Notas de Población, 20(56), 11-32.

Zavala de Cosío, M. E. (1996). *The Demographic transition in Latin America and Europe.* En J .M. Guzmán, S. Singh, G. Rodríguez y E. Pantelides (Eds.), The fertility transition in Latin America (pp. 95-109). Oxford: Clarendon Press.

2.

Protección económica

a la población mayor en Colombia

Por Leonardo Villar, Carmen Elisa Flórez, David Forero,
Natalia Valencia-López, Nadia Puerta, Felipe Botero

ISBN (Online)
978-958-58408-9-8

Contenido

2.1. Introducción 84

2.2. Antecedentes y marco legal del Sistema General de Pensiones en Colombia 86

2.3. Evolución y resultados del sistema pensional en Colombia tras dos décadas de la reforma 89
2.3.1. Cobertura 90
2.3.2. Equidad 98
2.3.3. Solidaridad 101
2.3.4. Sostenibilidad fiscal 103

2.4. Proyección de la cobertura con el modelo pensional de Asofondos 106
2.4.1. Descripción del modelo y supuestos 106
2.4.2. Proyecciones de cobertura en el escenario base 109

2.5. Subsidios económicos para la vejez 113
2.5.1. Marco teórico y mejores prácticas internacionales 116
2.5.2. Las pensiones no contributivas en Colombia: el programa Colombia Mayor 122
2.5.3. Los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) 129

2.6. Caracterización de la población cotizante, pensionada y beneficiaria de Colombia Mayor 132
2.6.1. Caracterización de los pensionados en Colombia 132
2.6.2. Caracterización de los ocupados cotizantes y no cotizantes 136
2.6.3. Razones para no cotizar al SGP 138
2.6.4. Características de los hogares beneficiarios del programa Colombia Mayor 141

2.7. Recomendaciones de política pública 151

2.8. Referencias bibliográficas 155

2.1. Introducción

El objetivo de los sistemas de seguridad económica para la vejez es cumplir tres funciones: redistribución, ahorro y seguro. Estos sistemas, entonces, deben apoyar a las personas mayores que están en la pobreza o que son susceptibles de caer en ella, facilitar la acumulación de ingresos de la población trabajadora con el fin de que se preparen para las etapas posteriores de sus vidas y brindar protección económica frente a la incapacidad laboral y demás contingencias derivadas de la vejez (Holzman, 2013; Riaño, López, Borrero, Varela, Barrios, Lemus, Lambuley y Medina, 2013).

Para responder a estos retos, el Banco Mundial propuso en 1994 que los países establecieran varios sistemas de financiamiento y administración en los que se combinaran el reparto y la capitalización de los aportes y se repartiera la responsabilidad entre varios pilares de apoyo a las personas mayores. En términos generales, la propuesta del Banco incluía: a) un pilar público obligatorio financiado con impuestos, con el principal objetivo de aliviar la pobreza; b) un pilar obligatorio, que administrara privadamente el ahorro de la población durante su vida laboral; y c) un pilar voluntario de ahorro suplementario para quienes desearan una mayor protección económica en la vejez (BM, 1994).

En este marco y de acuerdo con la premisa del Artículo 46 de la Constitución Política de Colombia, según la cual el Estado debe proveer protección y asistencia a las personas de la tercera edad y garantizarles los servicios de seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia, fue diseñado el Sistema General de Pensiones (SGP) colombiano, que tomó forma en la Ley 100 de 1993. La estructura creada mediante esa Ley, sin embargo, tenía diferencias importantes frente al sistema que recomendaba el Banco Mundial. Particularmente relevante es el hecho de que el sistema creado en Colombia mantuvo un sistema tradicional de reparto simple con beneficios definidos (*pay-as-you-go*), que compite con otro de capitalización individual para las personas que se encuentran ocupadas en el sector formal de la economía. Aunque ese sistema tradicional tiene algunas características del primer pilar propuesto por el Banco Mundial, en la medida en que los recursos faltantes deben ser cubiertos con aportes presupuestales y financiados con impuestos, sus beneficiarios no son las personas más pobres.

Mientras países como Uruguay y Costa Rica adoptaron un esquema en el que los pilares actúan de forma complementaria, Colombia, al igual que Perú, optó por un esquema mixto en el que el régimen público de reparto simple compite con el régimen privado de capitalización individual y por ende los usuarios escogen afiliarse a alguno de los dos regímenes. En parte por esta razón, el sistema pensional resultado de la reforma implementada mediante la Ley 100 de 1993, sigue presentando importantes falencias en cobertura y problemas de regresividad (Villar, Forero y Becerra, 2014).

Específicamente, en el sistema pensional colombiano coexisten dos esquemas que compiten por afiliados entre el mismo grupo poblacional. El Régimen de Prima Media (RPM), correspondiente al de reparto, es administrado por el Estado en cabeza de Colpensiones (antes ISS), una institución que agrupó todas las entidades públicas solventes antes de la reforma. El Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), por su parte, es gestionado por las Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), de carácter privado. Tanto el RPM como el RAIS tienen condicionamientos en términos de las contribuciones que los trabajadores hayan hecho a lo largo de la vida laboral para tener acceso a una pensión, la cual, según quedó consignado en la Constitución de 1991, no puede ser inferior a un salario mínimo. Colombia cuenta con el pilar de ahorro voluntario complementario, para las personas con mayor capacidad de ahorro y con un incipiente pilar no contributivo, que busca garantizar un ingreso mínimo para la vejez a la población más vulnerable a través del programa Colombia Mayor. A esto se añade una iniciativa que apenas está tomando forma y que consiste en un pilar intermedio entre contributivo y no contributivo, conocido como los Beneficios Económicos Periódicos o BEPS, los cuales fueron concebidos como un mecanismo de ahorro individual flexible, con apoyo estatal, que a diferencia de las pensiones otorgadas por el RAIS y el RPM, permiten generar recursos periódicos en la vejez que no están sujetos a la restricción de ser superiores a un salario mínimo.

Con la Ley 100 de 1993 se trataron de solucionar los problemas del régimen público existente, como la baja cobertura de la población, la regresividad de los subsidios otorgados y la insostenibilidad fiscal del sistema. A pesar de los avances en sostenibilidad, más de dos décadas después de su implementación, el sistema contributivo de pensiones sigue mostrando problemas graves de cobertura e

inequidad en los subsidios, que ahondan el problema de desigualdad en Colombia y atentan contra el bienestar de las personas mayores en el país.

Este capítulo hace una caracterización completa del sistema de protección económica de la población mayor en Colombia. Se divide en siete secciones, la primera de las cuales es esta introducción. En la segunda se resumen los antecedentes y el marco legal del Sistema General de Pensiones colombiano (SGP). En la tercera se hace una evaluación de los resultados que se han obtenido tras la Ley 100 de 1993 y se hace énfasis en las falencias del régimen actual, especialmente en términos de cobertura y equidad. En la cuarta sección se aplica un modelo pensional elaborado por Asofondos para explorar las perspectivas para los próximos 35 años en términos de cobertura pensional, si se mantiene el régimen actual. La sección 5 se concentra en los esquemas de pensiones no contributivas, discute sus bases conceptuales y las mejores prácticas internacionales y analiza la experiencia colombiana con el programa Colombia Mayor. La sección 6 utiliza la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del 2013, la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) del 2012, ambas del DANE, y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2010, de Profamilia, para hacer una caracterización de los pensionados y de los beneficiarios del programa Colombia Mayor. Finalmente, la sección 7 discute las recomendaciones de política pública que se pueden extraer del análisis.

2.2. Antecedentes y marco legal del Sistema General de Pensiones en Colombia

El primer antecedente del régimen pensional colombiano en el ámbito legislativo se remonta a la Ley 29 de 1905, que estableció un régimen de pensiones para los magistrados principales de la Corte Suprema de Justicia y para los empleados civiles que hubieran desempeñado cargos públicos por treinta años. Posteriormente, en 1912, mediante la Ley 82, se creó la primera caja de previsión social: Caja de Auxilios de los Ramos Postal y Telegráfico (Riaño et al., 2013). Ya en 1946, se creó el primer plan de pensiones, que cubría únicamente a trabajadores del sector público, a través de la Caja Nacional de Previsión Social (Cajanal) y otras cajas locales. El sistema fue ampliado a los empleados privados

en 1967, año en el que se creó el sistema pensional según el modelo de prima media (*pay-as-you-go*), manejado por el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS), posteriormente Instituto de Seguros Sociales (ISS).

Más de 20 años después de su creación, se hizo evidente que el sistema era financieramente insostenible, que tenía serias fallas de cobertura y de equidad. La creación del Sistema General de Pensiones (SGP) mediante la Ley 100 de 1993 buscaba corregir esos problemas. De esta forma, la Ley dio paso a un sistema pensional diseñado según un esquema mixto, compuesto por dos regímenes que compiten entre sí: el Régimen de Prima Media (RPM) y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), el primero manejado por el ISS (hoy en día Colpensiones) y el segundo por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), de carácter privado. La coexistencia y competencia entre ambos regímenes implicaba que los cotizantes podían aportar a cualquiera de los dos y trasladarse libremente de un régimen a otro durante su vida laboral. Se creó también el Régimen de Transición (RT), en el que las mujeres mayores de 35 años, los hombres mayores de 40 y las personas que llevaran 15 años o más de cotizaciones en el momento de entrar en vigencia la Ley 100 de 1993 seguirían estando cubiertas por el régimen anterior, que finalizaría en el año 2014.

Aunque la Ley 100 de 1993 trajo mejoras al sistema, después de 10 años de vigencia quedaba claro que muchos de los propósitos para los que había sido creada no se habían cumplido. El incremento en la cobertura no fue significativo, el proceso de transición era largo y costoso, había parámetros que no eran acordes con el crecimiento demográfico, la movilidad de las personas entre regímenes creaba problemas en sus finanzas y su estabilidad, seguían existiendo problemas de sostenibilidad y no hubo mejoras en la equidad (Santa María, Steiner, Botero, Martínez, Millán, Arias, y Schutt, 2013). En este punto, el sistema pensional necesitaba reformas adicionales. La Ley 797 del año 2003 aumentó las contribuciones, restringió aún más los requisitos a los beneficiarios de los subsidios a las cotizaciones e incrementó significativamente los recursos para la atención directa a los ancianos a través de un pilar no contributivo que inicialmente se denominó Programa de Protección Social a los Adultos Mayores (PPSAM) y posteriormente se convirtió en lo que hoy en día se conoce como el programa Colombia Mayor. En términos de requisitos para acceder a una pensión, el número de semanas de cotización exigidas en el RPM, que era de

1.000 semanas hasta el 2003, aumentó gradualmente desde comienzos del 2004 hasta alcanzar 1.300 semanas en el 2014. En el caso del RAIS, el acceso a pensión no requiere un número de semanas cotizadas cuando los montos ahorrados son suficientes para cubrir una renta vitalicia equivalente al 110 % del salario mínimo legal vigente. Sin embargo, cuando ese requisito no se satisface, sí se deben certificar 1.150 semanas de cotización para acceder a la garantía de pensión mínima. La Ley 797 del 2003, además, ajustó las edades de pensión de 55 a 57 años en el caso de las mujeres y de 60 a 62 años en el caso de los hombres, con vigencia a partir de enero del 2014. Finalmente, la misma Ley, en su artículo 34, ajustó a la baja las llamadas tasas de reemplazo, esto es, los montos de pensión correspondientes a cada nivel de ingreso base de cotización, los cuales siguen una fórmula que depende del número de semanas cotizadas. Exceptuando los casos de cotizaciones sobre ingresos iguales o muy cercanos al salario mínimo, para los cuales la tasa de reemplazo es en la práctica del 100 %, esas tasas pasaron de oscilar entre un 65 % y un 85 % antes del 2004, a niveles entre el 55% y el 80% en la actualidad. Por su parte, la reforma constitucional contenida en el Acto Legislativo 01 del 2005 creó el esquema de BEPS, a través del cual es posible otorgar beneficios económicos periódicos a las personas mayores sin que sean clasificados como pensiones. Con ello se flexibilizó el principio establecido en la Constitución de 1991, según el cual no pueden existir en Colombia pensiones de valores inferiores a un salario mínimo legal, principio que se convirtió paradójicamente en una restricción grave a la ampliación de la cobertura del régimen de apoyo económico a la vejez. Adicionalmente, el Acto Legislativo del 2005 avanzó en el marchitamiento de los regímenes especiales, cuyas condiciones y beneficios los hacían financieramente insostenibles en el largo plazo, aunque debe anotarse que este proceso se ha visto afectado por decisiones judiciales que han hecho retroceder las reformas y alargar el periodo de transición de estos esquemas. La Ley 1328 del 2009 reglamentó el esquema de BEPS planteado en el 2005, pero solo en el año 2012 se comenzó a diseñar su implementación.

2.3. Evolución y resultados del sistema pensional en Colombia tras dos décadas de la reforma

De acuerdo con Santamaría y Piraquive (2013), el diseño de un sistema de pensiones debe satisfacer cuatro principios fundamentales: a) aumentar progresivamente la cobertura, hasta alcanzar el 100 % de la población potencialmente beneficiaria del sistema; b) equidad, entendida en el sentido de que se otorguen beneficios iguales ante aportes iguales y beneficios mayores para quien aporte más; c) solidaridad, de tal forma que los trabajadores más vulnerables puedan garantizar un ingreso básico para su vejez, ya sea mediante subsidios cruzados que otorgan los aportantes con mayor capacidad de pago o de aportes derivados de impuestos de carácter general, y d) sostenibilidad fiscal y financiera del sistema. El objetivo de esta sección es ilustrar en qué medida el sistema pensional colombiano ha cumplido con estos objetivos, con particular énfasis en el tema de cobertura.

De hecho, como veremos, el principal problema del sistema pensional colombiano es su muy baja cobertura, que restringe el acceso a la protección para la vejez a una porción muy importante de la población colombiana, en particular a la que se encuentra en el sector informal. Adicionalmente, la alta informalidad y la baja cobertura del sistema se ven agravadas por la evasión contributiva o del pago de contribuciones de seguridad social por parte de empleados y empleadores. Este problema, generalizado en América Latina y estudiado por Gómez Sabaini, Cetrángolo y Morán (2014), puede tener efectos perversos: mantener altos niveles de informalidad y generar un desbalance financiero del sistema pensional. Gómez Sabaini et al. (2014) estiman que el incumplimiento del esquema contributivo pensional equivale al 1.67 % del PIB. Esa misma deficiencia en materia de cobertura provoca graves problemas en materia de equidad y solidaridad que se manifiestan en el hecho de que Colombia, junto con Perú y Costa Rica, sea uno de los pocos países de América Latina en donde los indicadores de pobreza e inequidad son sustancialmente superiores en la población mayor que en el total de la población (OECD, 2015).

Esto refleja el fracaso del sistema pensional como mecanismo de protección para la vejez en Colombia y la fuerte inequidad de los subsidios, aun cuando los indicadores de sostenibilidad financiera hayan mostrado mejorías no despreciables[1].

2.3.1. Cobertura

Para medir la cobertura del sistema pensional existen tres indicadores. En primer lugar, está la relación de los afiliados como proporción de la Población Económicamente Activa (PEA). Este indicador, que ha tenido un aumento continuo (pasó del 25.7 % en 1994 al 76.7 % en el 2013), no es ilustrativo del número de personas que efectivamente contribuye: muchos afiliados entran alguna vez al sistema, cuando obtienen algún trabajo en el sector formal, pero después quedan inactivos, regresan a la informalidad y no hacen nuevas contribuciones.

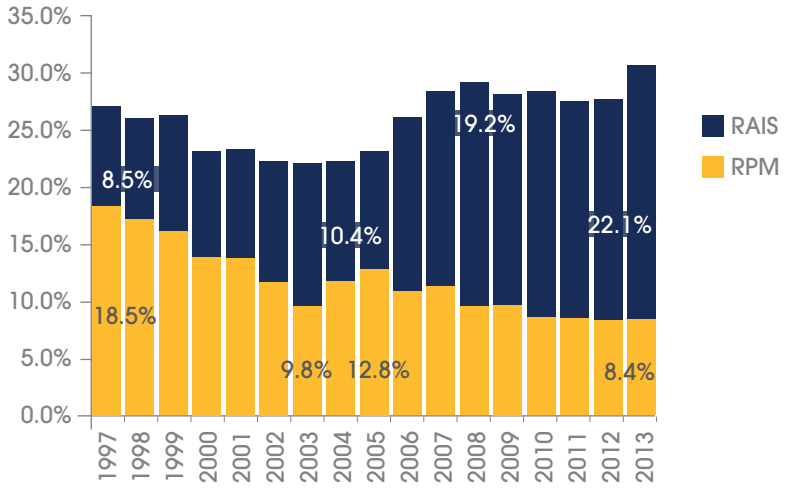
Un segundo indicador de cobertura es la relación entre los individuos que son cotizantes efectivos y la PEA. Este índice, más ilustrativo, mostró un avance significativo entre el 2012 y el 2013: pasó del 27.5 % al 30.5 %, posiblemente como resultado de los avances en la formalización del empleo asociados a la reforma tributaria de finales del 2012, que redujo sustancialmente los costos parafiscales para las empresas al contratar mano de obra formal. Visto en perspectiva, sin embargo, el avance ha sido magro: el porcentaje de cobertura del 2012 era apenas ligeramente superior al 27 % de quince años atrás, en 1997 (Figura 1, panel A). La situación es particularmente grave para los niveles socioeconómicos más bajos, en los que la informalidad es mucho más generalizada. En efecto, mientras más del 60 % de los trabajadores de altos ingresos cotiza a pensiones, este indicador se reduce al 40 % en la clase media y a un exiguo 15 % en la población de bajos ingresos. Este es un patrón que se puede observar en los sistemas pensionales de otros países de la región, con la notable excepción del caso chileno, en el que la cobertura en estratos de ingresos bajos es mucho mayor que en Colombia, México o Perú (Figura 1, panel B).

1 Varias de las ideas planteadas en esta sección se desarrollan también en Villar et al. (2015, pp. 184-195).

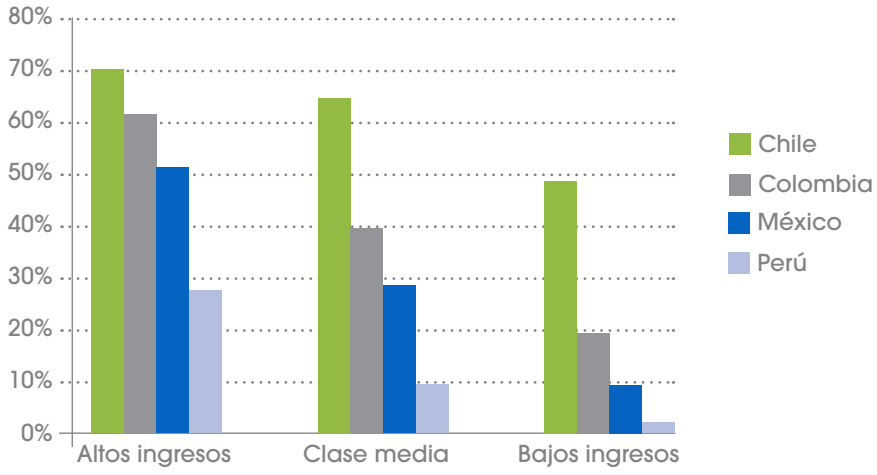
Figura 1

Indicadores de cobertura del sistema pensional colombiano

A) Cobertura de la población activa (Cotizantes efectivos / PEA)



B) Cobertura de la población activa por niveles de ingreso. Países escogidos



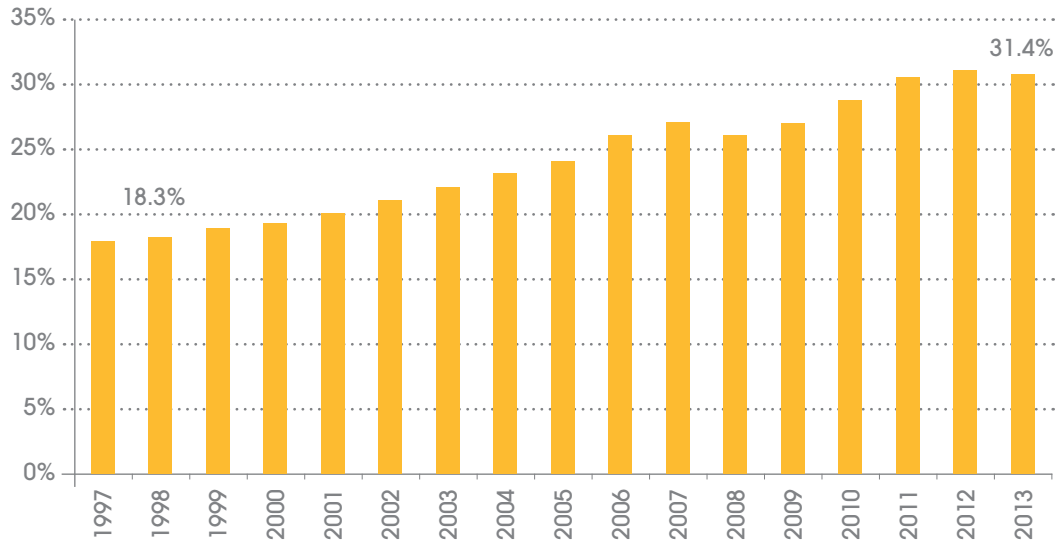
Fuente: DANE; Superfinanciera. OECD (2015).

El tercer indicador se refiere a la cobertura del sistema sobre su población objetivo, los adultos mayores. Si se usan las cifras basadas en el número de pensiones que mes a mes entregan las distintas instituciones del sistema pensional, la cobertura en el 2013[2] era del 31 % (Figura 2). Comparada con el 18 % de 1997, esta cifra indicaría un progreso sustancial. Sin embargo, ese progreso debe matizarse porque esta forma de medición contiene sesgos importantes: las encuestas de hogares sugieren que el porcentaje de personas mayores de 60 años que recibe pensión en Colombia en la actualidad se encuentra alrededor del 23 %, en lugar del 31 %. La diferencia entre las cifras basadas en el número de pensiones entregadas mensualmente y los resultados de las encuestas de hogares puede residir en al menos dos factores: por un lado, ese conteo de pensiones incluye algunas que se otorgan a personas que no han alcanzado la edad de jubilación del Sistema General de Pensiones (es el caso de los militares, los maestros y algunos otros grupos de trabajadores estatales que se pensionan en forma temprana); por otra parte, hay personas mayores que reciben más de una pensión (por ejemplo, la correspondiente a sus propias cotizaciones y la de sustitución por fallecimiento del cónyuge), lo que hace sobreestimar la cobertura cuando se contabiliza la proporción entre el número de pensiones asignadas y el número de personas mayores. **En cualquier caso, independientemente de si la cifra es 31 o 23 %, lo claro es que en la actualidad se está dejando de dar protección a la vejez a por lo menos dos de cada tres colombianos adultos mayores.** Debe anotarse, además, que un 40 % de las pensiones que se otorgan en la actualidad corresponden a regímenes especiales y no al RAIS ni al RPM. Esto tiene implicaciones para la cobertura pensional hacia el futuro, pues muchos de esos regímenes especiales, tras la reforma constitucional del Acto Legislativo 01 del 2005, se encuentran en proceso de marchitamiento por insostenibilidad financiera.

2 De la población cubierta por el sistema de pensiones, el RPM y el RAIS cubren al 60 %; el 40 % restante hace parte de los regímenes especiales.

Figura 2

Cobertura de los esquemas pensionales en Colombia: número de pensiones sobre personas en edad de jubilación



Fuente: DANE; Superfinanciera. OECD (2015).

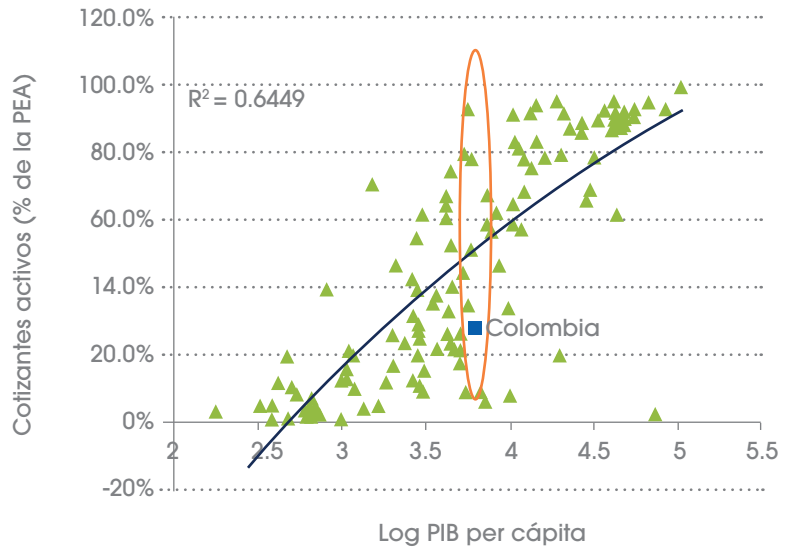
En términos relativos a los estándares internacionales, tanto la proporción de ocupados que cotiza como la cobertura de la población mayor son muy bajas en Colombia, incluso cuando se compara con países de ingreso per cápita similares. La relación de la cantidad de cotizantes como porcentaje de la PEA en Colombia es considerablemente inferior (Figura 3, panel A).

Ciertamente, como se analiza más adelante en este mismo capítulo (sección1.5), el alcance del Estado para cubrir a la población mayor más vulnerable trasciende lo que se logra con el Sistema General de Pensiones. Los esquemas de apoyo a la población mayor (programa Colombia Mayor), en particular, cubren parte de la población que no recibe una pensión propiamente dicha. Sin embargo, estimativos de la OECD (2015) muestran que incluso sumando los beneficiarios del sistema general de pensiones con los de apoyos no contributivos (Colombia Mayor), la cobertura es considerablemente más baja en Colombia que en el promedio latinoamericano (Figura 3, panel B). Hay que tener en cuenta, además, que el monto de los beneficios otorgados por el programa Colombia Mayor es extremadamente pequeño, alrededor de la décima parte de un salario mínimo y, aunque ayuda, no alcanza para sacar a sus beneficiarios de la indigencia.

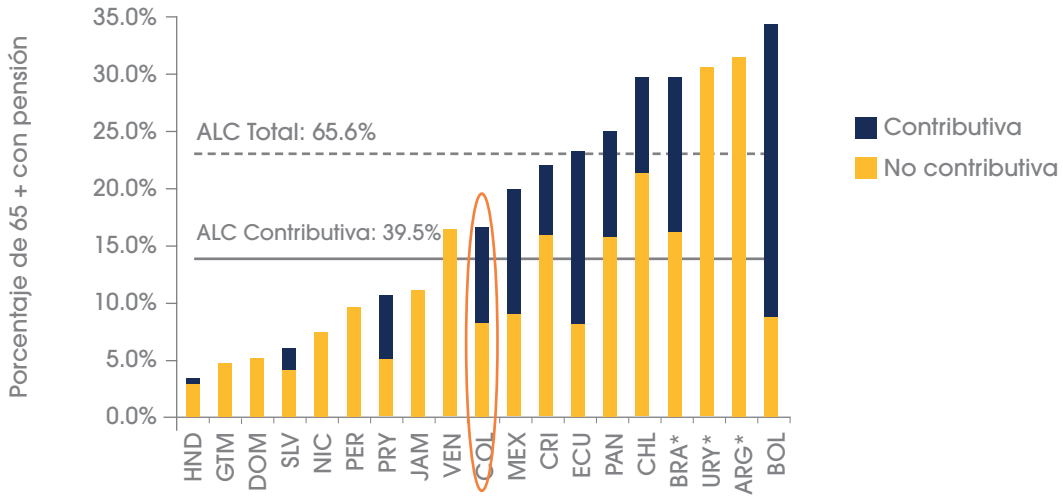
Figura 3

Indicadores de cobertura del sistema pensional colombiano

A) Comparación por países: Proporción de cotizantes frente a PIB per cápita



B) Cobertura del sistema contributivo y no contributivo sobre la población mayor en ALC. 2013



Fuente: BID, World Bank Database.

Aún más preocupantes, en materia de cobertura pensional en Colombia, son las estimaciones de varios expertos sobre su evolución futura y, en particular, sobre la proporción de los afiliados actuales del sistema que, bajo los parámetros vigentes, serán capaces de contribuir lo suficiente para recibir una pensión en el futuro. Núñez y Castañeda (2012) se valen de la información contenida en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) para caracterizar a la población cotizante en Colombia, y encuentran que solo los hombres desde el séptimo decil y las mujeres del décimo decil de ingresos cumplen los requisitos para pensionarse, en particular el requisito de semanas cotizadas que, como se mencionó, aumentó gradualmente de 1.000 semanas en el 2003 a 1.300 en el RPM a partir del 2014[3]. López y Lasso (2012) encuentran que solo el 1.4 % de la población sin educación superior que cotiza al RAIS obtendría su pensión, mientras que el 47.9 % de la población con educación superior tendría acceso a ella. Para el Régimen de Prima Media, estas cifras serían de 1.6 % y 35.7 %, respectivamente. Vaca (2013) estudia la desigualdad de los subsidios otorgados en el SGP a partir de la información proporcionada por Asofondos (para el RAIS) y de las encuestas a hogares (para el RPM), y concluye que la probabilidad de que un cotizante actual del sistema obtenga una pensión es del 35 % para el RAIS y se reduce a un preocupante 13 % para el RPM. Pero incluso si la cobertura del sistema general de pensiones (SGP) se mantuviera relativamente estable en las próximas décadas, dos factores hacen particularmente dramáticas las perspectivas. En primer lugar, una parte importante (40 %) de los pensionados actuales corresponde a regímenes especiales que están por fuera del SGP y que en su mayoría –con excepción de militares y maestros– va a desaparecer en las próximas décadas. Por otra parte, el proceso de envejecimiento de la población implica, según las proyecciones demográficas realizadas en esta investigación, que las poco más de 5 millones de personas de 60 años o más de la actualidad se acercarán a 15 millones en el 2050. Así, incluso si el porcentaje de esa población no cubierta por pensiones se mantuviera estable, el número absoluto pasaría de 3.5 millones de hoy a cerca de 10 millones de personas en el 2050.

3 Núñez y Castañeda (2012) también encuentran que, al ritmo de cotización observado, las personas de los primeros dos deciles de ingresos tendrían que cotizar durante 128 años para llegar a las semanas requeridas. Por otra parte, mientras un individuo de altos ingresos ahorra hasta US$420.000 en su vida laboral, un individuo del decil más bajo solo acumula US$430, lo que es claramente insuficiente si se tiene en cuenta que para pensionarse se deben ahorrar unos US$68.000.

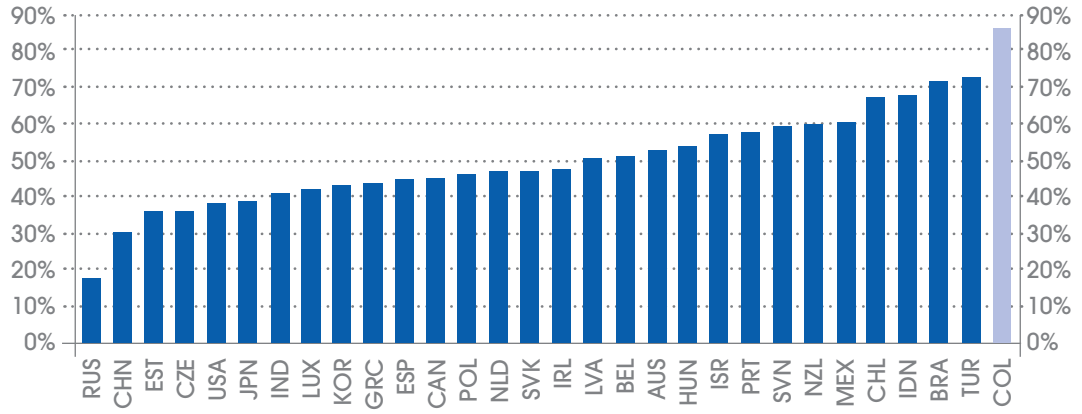
En ausencia de ajustes al régimen, la probabilidad de que ese número ascienda a 12 millones de personas no sería despreciable.

Por último, Montenegro, Jiménez, Ramírez, Nieto y Hurtado (2013) hacen una estimación de la cobertura del sistema pensional en el largo plazo y de la distribución de ingresos pensionales en ambos regímenes. Para las proyecciones del RAIS se valen de los datos de Asofondos, y para el RPM de la información de encuestas de hogares. Estiman que la cobertura del RAIS será mayor que la del RPM: en 40 años, el 25 % de los afiliados al régimen privado se jubilará, en comparación con un 12 % que accedería a pensión bajo los parámetros del RPM. En cuanto a la distribución de los ingresos pensionales de las personas en edad de jubilación, los autores encuentran que el sistema actual tiene claros síntomas de regresividad: los individuos con edades superiores a las legales de jubilación, tienen coeficientes de Gini significativamente más inequitativos que el promedio nacional. La regresividad es aún mayor en el RPM, en el que se estima un coeficiente de Gini para esos jubilados que supera los 90 puntos. Por último, los autores hacen estimaciones de escenarios alternativos en los que encuentran que la cobertura en el RAIS podría aumentar en 5 puntos porcentuales si se contemplan modificaciones como la pensión familiar y se flexibilizan los parámetros. Adicionalmente, la implementación de los BEPS puede tener efectos positivos en el sistema, no solo por el aumento de la cobertura sino también por la mayor equidad.

Una de las causas principales del fracaso del Sistema General de Pensiones (SGP) colombiano en el aumento de la cobertura se puede atribuir al Artículo 48 de la Constitución de 1991, que iguala la pensión mínima con el salario mínimo de la economía. A ello se suma el hecho de que el mínimo nivel de ingreso laboral a partir del cual se puede cotizar es el salario mínimo, lo que reduce drásticamente la población que tiene acceso al sistema, especialmente porque el salario mínimo en Colombia es atípicamente alto en términos relativos al salario medio, tal como se aprecia en la Figura 4.

Figura 4

Salario mínimo como porcentaje del salario medio en 30 países, 2012



Fuente: OECD (2015).

Como argumentan Villar et al. (2015), el nivel relativo del salario mínimo vis a vis el salario promedio de la economía colombiana es precisamente uno de los factores que incide en los altos niveles de informalidad laboral en Colombia[4]. El problema se agrava porque muchos de los trabajadores que eventualmente cotizan no lo hacen de manera continua, pues sus vidas laborales oscilan entre la formalidad y la informalidad. Buena parte de ellos, al llegar a la edad de jubilación, se encuentran con que no alcanzan a reunir los requisitos de semanas cotizadas para obtener una pensión. En el caso del RPM, ese requisito era de 1.000 semanas hasta el año 2004, pero aumentó gradualmente a 1.300 semanas a partir del 2015. En el caso del RAIS se puede acceder a pensión con menos semanas si se tienen acumulados fondos suficientes para obtener una renta vitalicia equivalente a un salario mínimo, pero el número de semanas requerido para acceder a la garantía de pensión mínima es de 1.150 semanas.

Para todos aquellos que llegan a la edad de pensión (57 años para las mujeres y 62 años para los hombres), sin cumplir los requisitos de semanas para recibir la jubilación, el régimen actual contempla una devolución de saldos en

4 Lasso (2011) estima la informalidad en un 55 %. Tras la reforma tributaria del 2012, que redujo varios de los sobrecostos a la contratación de mano de obra formal, ese porcentaje se ha reducido, pero se encuentra cercano al 48 % a juzgar por las más recientes cifras del DANE.

el RAIS o una indemnización sustitutiva en el RPM. La diferencia entre las dos es que la indemnización sustitutiva del RPM no reconoce ningún rendimiento financiero a los recursos cotizados, lo que sí se hace en la devolución de saldos del RAIS. En promedio, los trabajadores colombianos solo cotizan 15 años de los 25 que como mínimo requiere el sistema. Este problema se agrava en la medida en que existe una alta concentración de los trabajadores formales –cerca del 80 % de los afiliados al régimen pensional– en el rango de ingresos entre uno y dos salarios mínimos (Arias y Mendoza, 2009). Para este grupo de afiliados al SGP, tener una alta densidad de cotización (esto es, un alto porcentaje de meses cotizados por año de afiliación al régimen pensional), se vuelve una exigencia forzosa para acceder a una pensión mínima en el RAIS, dado que para ellos la tasa de reemplazo de la pensión es necesariamente cercana al 100 % como consecuencia del requisito de que la pensión sea cuando menos igual a un salario mínimo[5].

En este punto cobra importancia la iniciativa reciente del Estado de crear un pilar intermedio: los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS). El principal avance de este esquema sería la eliminación de la restricción de la pensión mínima, pues los BEPS, que incluyen un subsidio estatal, pueden ser inferiores al salario mínimo. Si bien el alcance del programa es muy reducido, en el futuro será posible usarlo como herramienta para extender la protección económica para la vejez a la población informal y de bajos ingresos.

2.3.2. Equidad

Aparte del fracaso del SGP en términos de cobertura, el otro gran problema del sistema es la notoria regresividad de los subsidios que se otorgan a los pensionados[6]: se concentran en la población de mayores ingresos, por lo que el sistema termina financiando las pensiones de la población más rica con las contribuciones de los trabajadores de menores ingresos que no alcanzan a

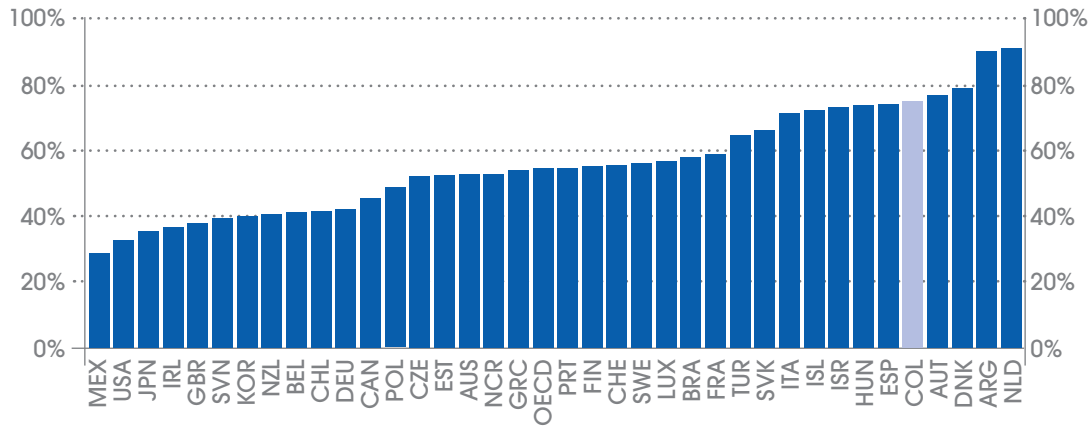
5 La tasa de reemplazo es la relación entre el monto de la prestación pensional y los ingresos laborales del individuo.
6 Acá subsidio se entiende como la diferencia entre el valor acumulado de los aportes de un individuo si los hubiera depositado en una cuenta de ahorro individual y el valor presente de los pagos esperados de una pensión del Régimen de Prima Media, que son financiados por el Presupuesto General de la Nación; en otras palabras, es la diferencia entre la promesa del RPM y los recursos esperados de una pensión del RAIS.

contribuir lo suficiente para recibir una pensión del sistema. La regresividad en las transferencias de pensiones públicas y seguro de desempleo en Colombia y Latinoamérica, en comparación con la universalidad en los países europeos (Goñi, López y Servén, 2011), es una de las causas que más inciden en la desigualdad de los ingresos en el país, uno de los más inequitativos de Latinoamérica y del mundo (Moller, 2012). El costo anual del Régimen de Prima Media para el Estado llega casi al 4 % del PIB, con lo que se alcanzaría a otorgar una pensión equivalente al salario mínimo a todos los adultos mayores del país (Bosch, 2015). Sin embargo, mientras el 86 % de los subsidios pensionales se dirigen al primer quintil de ingresos (el 20 % más rico de la población), el último quintil solo percibe el 0.1% de estos subsidios (OECD, 2015).

La razón por la que el subsidio a los pensionados del RPM es mayor al del RAIS obedece en alto grado a las altas tasas de reemplazo (relación entre pensión asignada y salario base de cotización) que otorga el primero de estos regímenes, así como a las bajas edades de jubilación. En efecto, las altas tasas de reemplazo y la baja edad mínima para pensionarse (57 años para mujeres y 62 años para hombres) reducen significativamente la capacidad efectiva del sistema pensional. En una comparación con países de la OECD, es posible observar cómo las tasas de reemplazo del régimen pensional colombiano son excesivamente altas, en especial para una población de bajos ingresos (Figura 5).

Figura 5

Tasas de reemplazo como porcentaje del salario

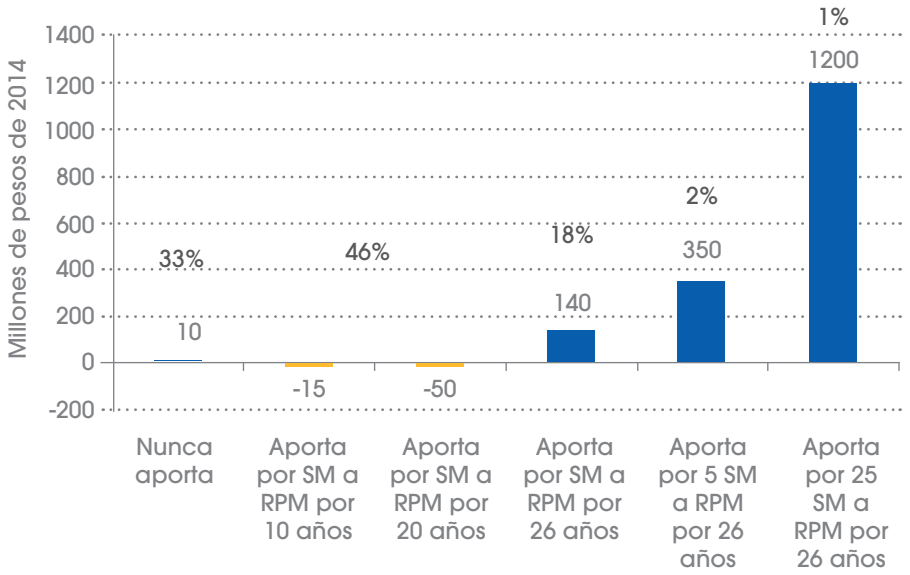


Fuente: OECD (2015).

Bosch (2015) lleva a cabo una estimación de los subsidios otorgados por el Régimen de Prima Media a diferentes segmentos de la población colombiana (Figura 6). Allí se aprecia que los grupos que contribuyen con más de cinco salarios mínimos al RPM, que constituyen apenas el 3 % de la población total, reciben beneficios sustanciales del sistema pensional y son los responsables del alto costo fiscal de las pensiones para el Estado. En contraste, los subsidios que recibe la población más vulnerable (33 % de la población total) son marginales. Por otra parte, el 46 % de la población, que si bien no se encuentra en extrema pobreza, pero que tampoco alcanza a financiar una pensión mínima con sus cotizaciones, termina haciéndole al Estado aportes netos de recursos (un subsidio negativo): a ese 46 % de la población se le devuelve una indemnización sustitutiva equivalente a sus aportes ajustados por inflación, sin ningún rendimiento financiero.

Figura 6

Monto del subsidio otorgado a cada segmento de la población



Nota: Los porcentajes encima de cada barra se refieren al porcentaje de la población que representa cada uno de los grupos.

Fuente: Bosch (2015).

2.3.3. Solidaridad

Los mecanismos de solidaridad del sistema pensional colombiano fueron concebidos para ayudar a los afiliados que no alcanzaran a cotizar lo suficiente para recibir una pensión mínima. El monto restante lo financiaría un fondo creado para tal efecto. De esta forma, se estarían recompensando las cotizaciones de los trabajadores que por una u otra razón no alcanzaron a cumplir las semanas o el monto necesario de ahorro.

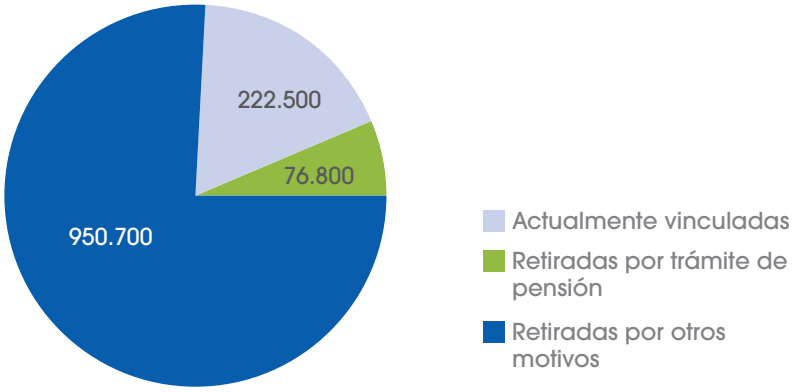
En Colombia, tanto en el RPM como en el RAIS, los cotizantes de más altos ingresos financian un esquema de solidaridad: el Fondo de Solidaridad Pensional (FSP). Quienes devengan más de cuatro salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV) deben pagar un 1 % adicional sobre la base de cotización, y quienes reciben más de 16 SMMLV deben contribuir con un 2 % adicional. El FSP se divide en dos subcuentas: 1) la subcuenta de solidaridad, que subsidia temporalmente los aportes al régimen general de pensiones de las personas cuyo ingreso es igual o inferior a un SMMLV y que por tanto no cuentan con los recursos necesarios para hacer la totalidad del aporte[7]; 2) la subcuenta de subsistencia, cuyos recursos se destinan a la protección de personas en estado de pobreza extrema mediante un subsidio económico (Colombia Mayor).

Desde su creación en 1996, el esquema de subsidios temporales, o Programa de Subsidio al Aporte en Pensión (PSAP), ha beneficiado a algo más de 1.250.000 personas (Figura 7). A través del Consorcio Colombia Mayor 2013, el Gobierno le gira mensualmente el subsidio a la Administradora Colombiana de Pensiones (Colpensiones), y el beneficiario del programa debe asumir el porcentaje restante. Además del subsidio, el beneficiario y sus familiares tienen protección en caso de pérdida de la capacidad laboral (pensión de invalidez) o muerte (pensión sustitutiva).

7 Agradecemos al Consorcio Colombia Mayor 2013 por haber suministrado gran parte de la información que aquí se reporta sobre el Programa de Subsidio al Aporte en Pensión (PSAP).

Figura 7

Personas que han estado afiliadas al PSAP[8]



Fuente: Consorcio Colombia Mayor 2013.

El subsidio que otorga el Gobierno varía entre el 70 y el 95 % del aporte que debe hacer el beneficiario. Este porcentaje se define de acuerdo al perfil de este último (Tabla 1). En el año 2014 se otorgaron subsidios por un valor total de $202.000.000.

Tabla 1

Beneficios del Programa de Subsidio al Aporte en Pensión por grupo poblacional

Grupo poblacional	Subsidio otorgado (%)	Semanas subsidiadas
Concejal municipios categorías cuarta, quinta y sexta	75	650
Trabajador independiente rural	75-90	500-750
Trabajador independiente urbano	70-75	500-750
Persona con discapacidad	95	750-800
Madre comunitaria	80	No aplica

Fuente: Elaboración propia con base en la información recuperada de https://colombiamayor.co/programa_PSAP.html

8 Entre los motivos más comunes de retiro están: paso al régimen contributivo, fallecimiento, mora superior a seis meses, retiro voluntario y temporalidad (alcanza el número máximo de semanas a subsidiar o cumple 65 años de edad).

La Ley 797 del 2003 reglamentó la restricción a los subsidios a las cotizaciones e incrementó significativamente los recursos para la atención directa a los ancianos a través del PPSAM, hoy en día el programa Colombia Mayor. En otras palabras, esta reforma cambió los mecanismos de solidaridad dentro del sistema pensional contributivo, para enfocar los recursos en programas asistencialistas no contributivos.

Ahora bien, el Artículo 212 de la Ley 1753 de 2015, que reglamenta el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, señala que las personas que han sido beneficiarias del PSAP podrán vincularse al servicio complementario de Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) y trasladar un porcentaje de dicho subsidio en la proporción y condiciones que reglamente el Gobierno nacional. Todo esto en previsión del cierre gradual que se hará al Programa.

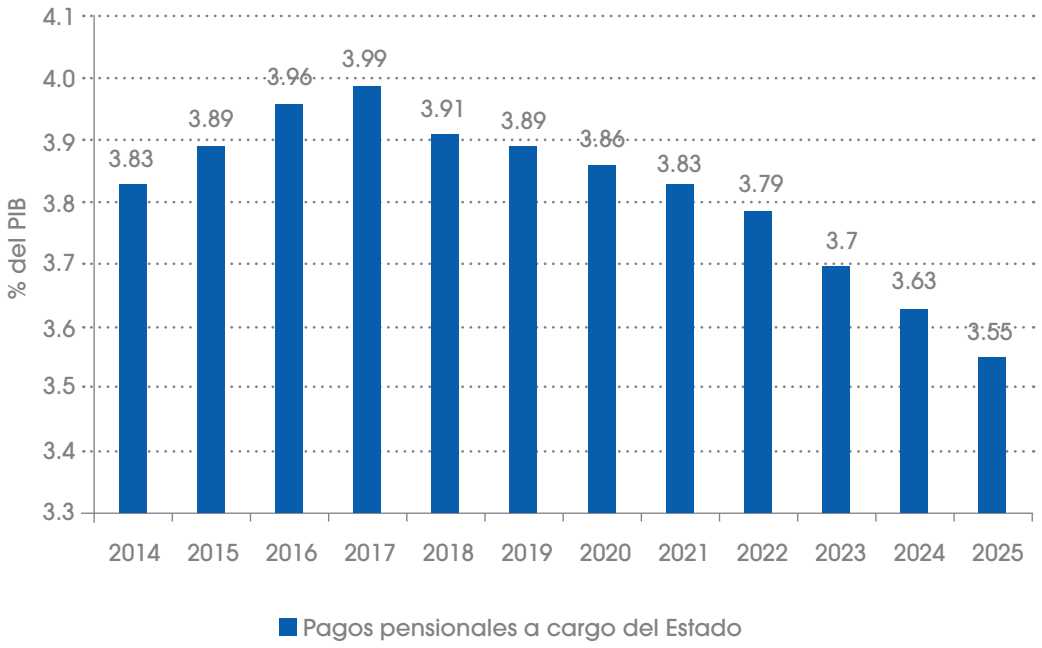
Por último está el Fondo de Garantía de Pensión Mínima (FGPM), exclusivo para los afiliados al RAIS. Los usuarios tienen derecho a este fondo una vez hayan cumplido la edad de pensión, tengan 1.150 semanas cotizadas, no cuenten con otros ingresos, rentas y recursos y los montos ahorrados no sean suficientes para cubrir una renta vitalicia equivalente al 110 % del salario mínimo legal vigente. La financiación del FGPM proviene del 1.5 % de todas las cotizaciones de los afiliados al RAIS.

2.3.4. Sostenibilidad fiscal

A pesar de los esfuerzos por corregir los aspectos financieros del sistema con la reforma de la Ley 100, la insostenibilidad del RPM, heredero del anterior esquema público, se hizo evidente cuando en el 2003 se agotaron las reservas del Instituto de Seguro Social. El Estado tuvo que financiar las pensiones del RPM con recursos del presupuesto general. En el 2004, el costo fiscal del sistema fue del 1 % del PIB; tuvo un rápido incremento en el 2005 (llegó al 3.5 % del PIB) y a partir de ahí se estabilizó alrededor del 3.8 % del PIB. Según las proyecciones del Gobierno, los desembolsos públicos hacia el sistema de pensiones se incrementarán hasta el 2017, año en el que alcanzarán un 4 % del PIB (Figura 8). Luego se reducirán gradualmente, pero en todo caso se mantendrán por encima del 3.5 % del PIB, al menos hasta el año 2025 (Villar et al., 2015).

Figura 8

Senda de pago pensional a cargo del Gobierno central. Marco fiscal de mediano plazo, 2014, Ministerio de Hacienda y Crédito Público



A lo largo de la historia del sistema pensional se han implementado varias reformas con el objetivo de mejorar su sostenibilidad fiscal. Así se redujo considerablemente el Valor Presente Neto de la deuda actuarial del sistema, que pasó de un escandaloso 297 % del PIB con el sistema antiguo a un 162 % del PIB con la aplicación de la Ley 100, y luego al actual 129 % del PIB con las reformas de la primera década de los años 2000 (Clavijo, Vera, Malagón, Vera, y Cabra, 2013). Sin embargo, al primar el criterio de sostenibilidad financiera del sistema al momento de tomar medidas como el endurecimiento de las condiciones de acceso a los fondos de solidaridad y de garantía de pensión mínima, se afectaron fuertemente otros aspectos del sistema pensional, como la cobertura de la población de bajos ingresos y el funcionamiento de los mecanismos internos de solidaridad.

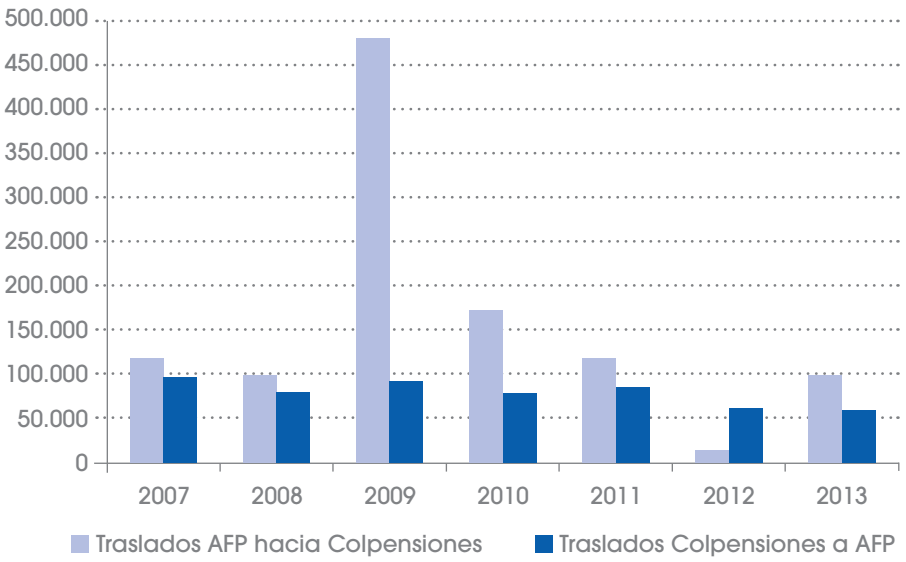
A pesar de que las condiciones de sostenibilidad fiscal de los sistemas pensionales han mejorado sustancialmente, tal como se argumenta en

Villar et al. (2015), hay dos factores que pueden generar mayores costos en un futuro. En primer lugar, es claro que Colombia está muy retrasada en la modificación de los parámetros del sistema pensional ante el envejecimiento relativo de la población. El problema radica en la forma en la que se ha intentado remediar la lenta actualización de los parámetros del sistema y el desequilibrio generado por una mayor expectativa de vida a través del endurecimiento de las condiciones de acceso a una pensión. El segundo factor es el movimiento de afiliados entre regímenes, que abre la puerta para el arbitraje por parte de los usuarios. En la medida en que los traslados entre regímenes pensionales son racionales desde el punto de vista de los afiliados al sistema (del RAIS al RPM para trabajadores de altos ingresos, y del RPM al RAIS para los de bajos ingresos), esos traslados se hacen precisamente para explotar los subsidios implícitos otorgados por el sistema público. El problema se agrava, como lo señalan Llano, Cardona, Guevara, Casa, Arias y Cardozo (2013), porque la mayoría de estos traslados no son racionales: usuarios con una probabilidad más alta de pensionarse en el RAIS, se trasladan al RPM diez años antes de la pensión, lo que hizo que en el 2013 solo alrededor del 30 % de los traslados al RPM terminó con pensión y el resto con una indemnización sustitutiva. En la última década, con excepción de un año, los traslados del RAIS al RPM han excedido sistemáticamente los del RPM al RAIS, lo que en última instancia incrementa el monto de los subsidios que el Estado tiene que pagar (Figura 9)[9]. Aunque en el corto plazo estos traslados implican ingresos para Colpensiones, en el largo plazo se estima un contingente de gastos adicionales con cargo al Estado del 13 % del PIB.

9 Los traslados de las AFP al ISS en el 2009 incluyen 336.000 afiliados y obedeció a la depuración del proceso de múltiple vinculación. La cifra atípica del 2012 puede atribuirse a que en ese año se creó Colpensiones.

Figura 9

Traslados entre regímenes (número de personas)



Fuente: Superintendencia Financiera.

2.4. Proyección de la cobertura con el modelo pensional de Asofondos[10]

2.4.1. Descripción del modelo y supuestos

Con el objetivo de proyectar la cobertura del sistema pensional y evaluar su efectividad para afrontar los cambios demográficos esperados en Colombia en el mediano y largo plazo, se usó el modelo de proyección pensional desarrollado por Asofondos. Este modelo, programado en Matlab, determina el porcentaje de afiliados al sistema pensional que accedería a una pensión en el RAIS y en el RPM, tanto en un escenario base en el que no se modifican los parámetros actuales, como en simulaciones de escenarios contrafactuales.

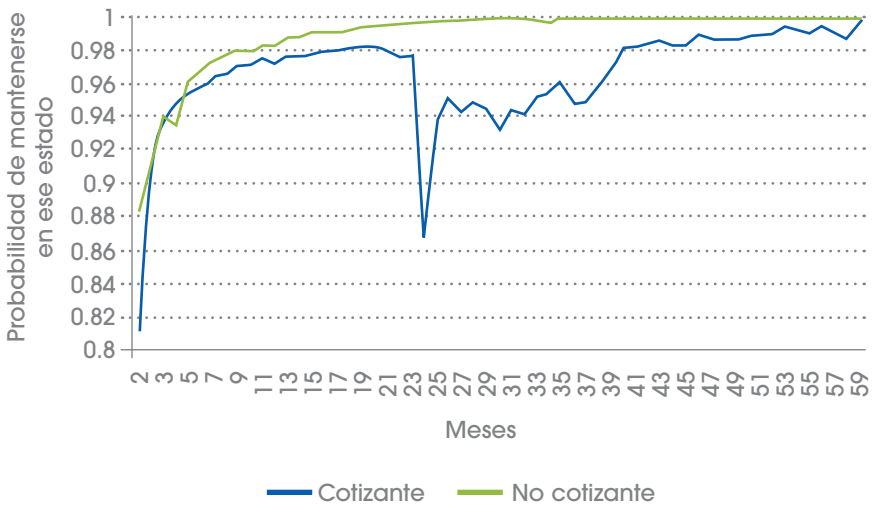
10 Los autores agradecen la colaboración de Asofondos, y muy especialmente de Sebastián Ramírez, director de Estudios Económicos, y a Jorge Llano, investigador de la Asociación, quienes hicieron todos los ajustes del modelo para poder contar con los resultados que acá se presentan.

El modelo no incluye regímenes especiales tales como los de militares o los de maestros, que todavía existen en la legislación colombiana, ni aquellos cuyo marchitamiento se inició mediante el Acto Legislativo 01 del 2005. Esto es importante porque implicará una reducción en la cobertura pensional: bajo los parámetros actuales no es previsible que aumente de manera compensatoria la cobertura del RAIS y/o del RPM.

Otra característica importante del modelo es que no diferencia entre desempleados, trabajadores informales o inactivos, en la medida en que ninguno de ellos cotiza para pensión. La distinción relevante en el modelo es entre cotizantes y no cotizantes. A partir de las historias de cotizantes al RAIS, Asofondos calcula para cada mes la probabilidad de que sigan cotizando o no, teniendo en cuenta el rango de ingresos de la persona, edad, sexo y el número de meses en que ha cotizado o ha dejado de hacerlo (Figura 10). Según el análisis, la probabilidad de que no coticen quienes han dejado de hacerlo durante 24 meses se vuelve prácticamente igual a la unidad. Por su parte, la probabilidad de que sigan cotizando quienes lo han hecho durante 12 meses es del orden del 98%, pero ese porcentaje cae abruptamente a un 87 % a los 24 meses de estar cotizando, lo cual se explica porque legalmente las contrataciones temporales solo se pueden hacer por un máximo de dos años. Además, a los individuos de cada nueva cohorte que entra al modelo se les asigna aleatoriamente a partir de los 16 años un salario y un factor estocástico de cotización acorde con la distribución de estas variables en la actualidad, de acuerdo con las historias laborales de quienes cotizan a las AFP. A cada uno corresponde además una senda de ingresos futuros, con base en la cual se aplican las probabilidades de cotización.

Figura 10

Probabilidades de los cotizantes y de los no cotizantes



Fuente: Asofondos.

El modelo maneja una base de datos completa de los afiliados al RAIS suministrada por las AFP, que se complementa con la información de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) para caracterizar la población afiliada al sistema pensional por grupos etarios, sexo y nivel de ingreso. Las proyecciones de afiliación al RPM se hacen atribuyendo las mismas características de los afiliados del RAIS. El modelo genera una fotografía año a año de la situación pensional en un escenario determinado y según ciertos supuestos.

Para la proyección de la cobertura del sistema pensional hasta el año 2050, se construyó un escenario base con los siguientes supuestos: 1) Inflación del 3% anual; 2) crecimiento real anual del salario mínimo del 1.5 %; 3) traslados entre regímenes inducidos por un comportamiento racional de los afiliados y que por lo tanto dependen de si el afiliado obtiene una mayor pensión en el esquema público o en el privado; 4) las pensiones por invalidez se asignan imputándole al modelo una probabilidad de invalidez por edad, disponibles en Fasecolda; 5) la rentabilidad de los fondos administrados por las AFP es del 5 % anual; 6) para las nuevas afiliaciones, se les asigna aleatoriamente a las nuevas cohortes una senda salarial y un factor estocástico de cotización. Adicionalmente, las afiliaciones

nuevas de los cotizantes se distribuyen así: el 90 % al RAIS y el 10 % al RPM; 7) las tasas de natalidad y mortalidad son ajustadas para que sean consistentes con las proyecciones demográficas de esta investigación; 8) se asume que al llegar a la edad de pensión, el 80 % de los beneficiarios tienen algún tipo de unión formal y que el 20 % restante son solteros; y 9) se asume que para el 2015 el 40% de la población que tiene acceso a la garantía de pensión mínima accede a esta y que este porcentaje aumenta con el tiempo hasta llegar al 95 %[11].

Como se dijo, el modelo supone que el salario mínimo real aumenta a un ritmo de 1.5 % anual. El salario real de cada persona aumenta año a año de acuerdo con una senda típica extraída de las historias laborales, la cual depende de la edad y del decil de ingresos en que se encuentre. Para las cohortes de trabajadores nuevos que comienzan a cotizar –en ese momento pueden ser clasificados como trabajadores formales–, se supone además que el ingreso real se distribuye de manera equivalente al de las cohortes anteriores, pero el promedio es mayor en un 1 % cada año, lo que se justifica en la medida en que cada cohorte tiene mayores niveles de educación y productividad[12]. En la medida en que solo las personas que tienen un nivel de ingresos superior al salario mínimo legal pueden clasificarse en el sector formal y cotizar para pensiones, estas sendas de ingreso se vuelven críticas para determinar en la práctica el porcentaje de cotizantes efectivos. Por esta misma razón, ese porcentaje podría aumentar si se supusieran ritmos más bajos de crecimiento para el salario mínimo legal.

2.4.2. Proyecciones de cobertura en el escenario base

En esta sección se presentan los resultados estimados a partir de la aplicación del modelo pensional de Asofondos sobre la población cotizante y la pensionada para los años 2035 y 2050, comparada con la información sobre la situación inicial del año 2015, de la que se alimenta el modelo. Los resultados se discriminan por sexo y grupos de edad, y en términos generales son consistentes con los de los

11 Hoy en día solo el 40 % de las personas que llegan a la edad de jubilación y tienen derecho a la garantía de pensión mínima acceden a esta. La razón principal es que muchos prefieren la devolución de los saldos, que les representa una liquidez importante en el momento, en lugar de una pensión durante el resto de sus vidas, aún si (gracias a la garantía de pensión mínima) el valor presente de esa pensión es mayor al saldo que se le entrega como alternativa. El supuesto del modelo es que con el tiempo la población será más racional frente a esta decisión.

12 Cabe aclarar que el modelo no parte de supuestos explícitos de educación. Los aumentos en educación y productividad están implícitos en los niveles de ingreso de los individuos, los cuales aumentan en cada nueva cohorte para todas las sendas salariales.

autores citados anteriormente: se prevé que la baja cobertura actual del sistema pensional colombiano se mantendrá en las próximas décadas si sus parámetros no cambian. El modelo muestra además que la proporción de la población mayor que va a recibir una pensión tiende a disminuir con el tiempo. En otras palabras, con los parámetros actuales del sistema (Tabla 2), la tendencia de la ya muy baja cobertura del sistema pensional es a seguir reduciéndose.

Tabla 2

Parámetros actuales del sistema general de pensiones

Parámetro	Régimen de prima media	Régimen de ahorro individual con solidaridad
Semanas requeridas para la pensión	1.300 semanas	No hay semanas definidas: se acumula capital para cubrir una renta vitalicia equivalente al 110 % del SMMLV
Edad de pensión	Hombres: 62 años Mujeres: 57 años	Capital suficiente o edad de 62 años (hombres) y 57 (mujeres)
Afiliaciones nuevas	10 % de las afiliaciones nuevas	90 % de las afiliaciones nuevas
Garantía de pensión mínima	-----	Edad, 1.150 semanas y no contar con otros ingresos, rentas o recursos
Monto de la pensión	Se calcula como un promedio del ingreso de los últimos 10 años	Se calcula a partir del ahorro realizado con sus respectivos rendimientos
Crecimiento salario mínimo	1.5 % anual	1.5 % anual

El ejercicio hecho con el modelo parte de la situación estimada por Asofondos para el 2015, en la cual el porcentaje de cotizantes al sistema general de pensiones (RAIS y RPM) es equivalente al 20 % de la Población en Edad de Trabajar (PET)[13]. Esa proporción es del 25 % para los hombres y de solo el 16 %

13 En este modelo se toma como Población en Edad de Trabajar a todas las personas mayores de 15 años, a las mujeres menores de 56 y a los hombres menores de 61.

para las mujeres (Tabla 3). La población entre 30 y 40 años es la que más cotiza en el caso de los hombres (37.5 %) y en el de las mujeres (21.3 %). De acuerdo con las simulaciones para el escenario base, la tasa de cotizantes como porcentaje de la PET disminuye del 20 % al 17 % en el 2035 y vuelve a aumentar al 20 % en el 2050. Este comportamiento responde a dos fuerzas encontradas: por un lado, a la tendencia a reducir la cobertura (y a aumentar la informalidad) en los primeros años, que puede vincularse a que el salario mínimo aumenta más rápidamente que el salario promedio de las personas que ya se encuentran en el mercado laboral (ese salario promedio tiene un comportamiento acorde a la historia de cada senda de ingresos laborales). Esta primera fuerza se compensa con el aumento de los salarios promedio de cada nueva cohorte que entra al mercado laboral, con mayores niveles de educación y productividad, fenómeno que hace reducir gradualmente la informalidad. Por supuesto, los resultados netos del modelo, en los que el porcentaje de cotizantes como proporción de la PET se mantiene en el 2050 alrededor del mismo 20 % del 2015, dependen críticamente del supuesto sobre el ritmo de aumento del salario mínimo. Si se diera por sentado que el salario mínimo aumenta más rápidamente que el promedio, el porcentaje de cotizantes caería y la informalidad aumentaría sustancialmente.

Tabla 3

Total cotizantes como porcentaje de la población en edad de trabajar. Sexo y grupos de edad

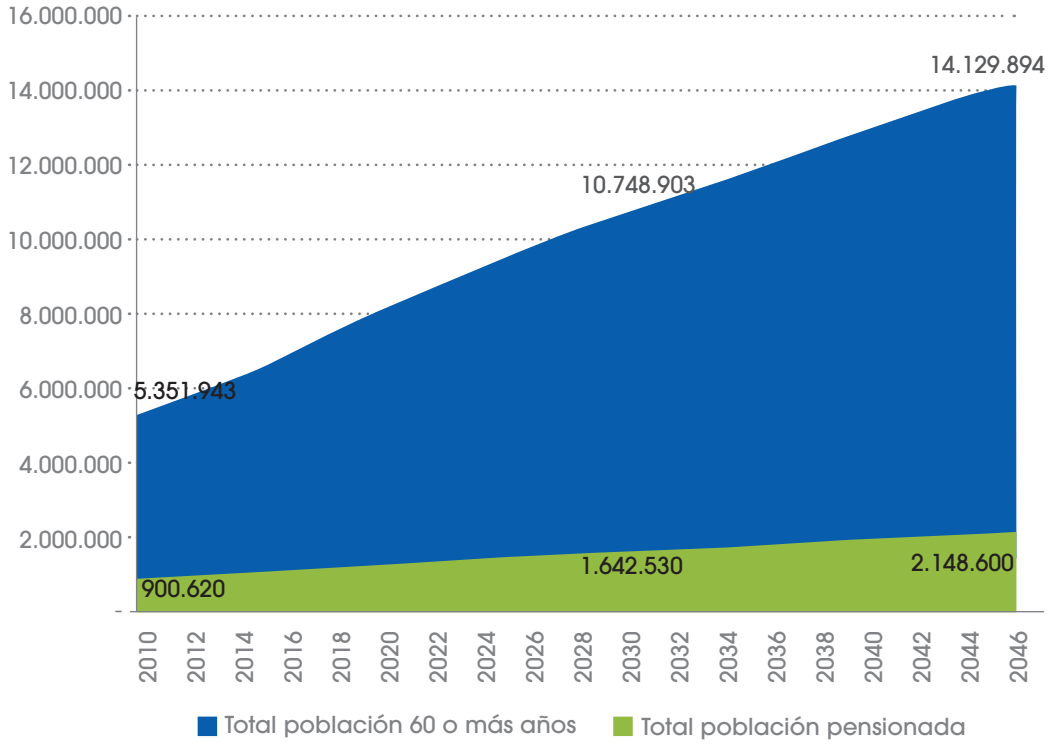
	2015			2035			2050		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
15-29	14.1	10.8	12.5	17.0	16.6	16.8	17.4	16.8	17.1
30-57	33.0	18.2	25.2	18.8	14.1	16.5	22.7	19.3	21.0
57-61	28.3	10.9	18.9	26.0	3.5	13.9	15.2	2.8	9.1
62+	3.1	0.5	1.7	1.1	0.4	0.7	0.4	0.2	0.3
Total población en edad de trabajar	24.5	15.7	20.0	18.6	15.4	17.0	20.2	18.7	19.5

Fuente: Modelo pensional de Asofondos.

Enfocándose en la población pensionada, el panorama a futuro es desalentador. La Figura 11 muestra en términos absolutos la población pensionada de 2015 a 2050 en comparación con la población de 60 años o más. La población de personas mayores pasa de un poco más de 5 millones en la actualidad, alrededor de 14 millones en el 2050. Este aumento de casi 9 millones no es acorde con el de la población pensionada por el Sistema General de Pensiones, en el que el aumento se acerca apenas a 1.250.000 personas.

Figura 11

Evolución de la población de 60 años o más y pensionada en términos absolutos



Fuente: Modelo pensional de Asofondos y Pachón (2012).

De acuerdo con las cifras que se usan para alimentar el modelo, la proporción de personas que recibe pensión del SGP con respecto a la población en edad de estar jubilado en el 2015 es del 16 % para el 2015, del 19 % para hombres mayores de 62 años y del 13 % para mujeres mayores de 57. Estas cifras son considerablemente más bajas que las que se usan típicamente para medir

la cobertura de pensiones, pues el modelo excluye las pensiones provenientes de regímenes especiales. En la proyección básica, manteniendo los parámetros actuales del sistema, el porcentaje de pensionados bajo el SGP bajaría del 19 % en el 2015 al 13.7 % en el 2035 y se recuperaría solo parcialmente al 15 % en el año 2050 (Tabla 4). De nuevo: como en los resultados del modelo no están incluidos los regímenes especiales, el porcentaje de pensionados es menor al de los datos oficiales para el 2015. Puesto que estos regímenes van a tender a desaparecer, la reducción de la proporción de personas pensionadas entre el 2015 y el 2050 sería aún mayor a la que presenta la Tabla 4.

Tabla 4

Total pensionados como porcentaje de la población. Sexo y grupos de edad

	2015			2035			2050		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
15-29	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
30-57	0.6	1.1	0.9	0.1	0.6	0.4	0.1	0.1	0.1
57-61	2.9	18.0	11.0	1.3	18.6	10.6	0.3	10.1	5.2
62+	18.7	11.2	14.5	14.1	12.5	13.2	18.0	14.4	15.8
Total población en edad de pensión	18.7	13.1	15.5	14.1	13.7	13.7	18.0	13.5	15.0

Fuente: Modelo pensional de Asofondos.

2.5. Subsidios económicos para la vejez[14]

Una conclusión clara de la sección anterior es que el sistema pensional colombiano no solo no cumplió el objetivo de ampliar la cobertura de las personas mayores, sino que con los parámetros actuales del sistema y los altos

14 En este punto se aclara que a lo largo del documento se emplea el término pensiones no contributivas para referirse a subsidios económicos que se entregan a las personas mayores en Colombia. Si bien dichos subsidios no pueden ser legalmente considerados como pensiones, el uso de este término obedece a su amplia aceptación en la literatura económica.

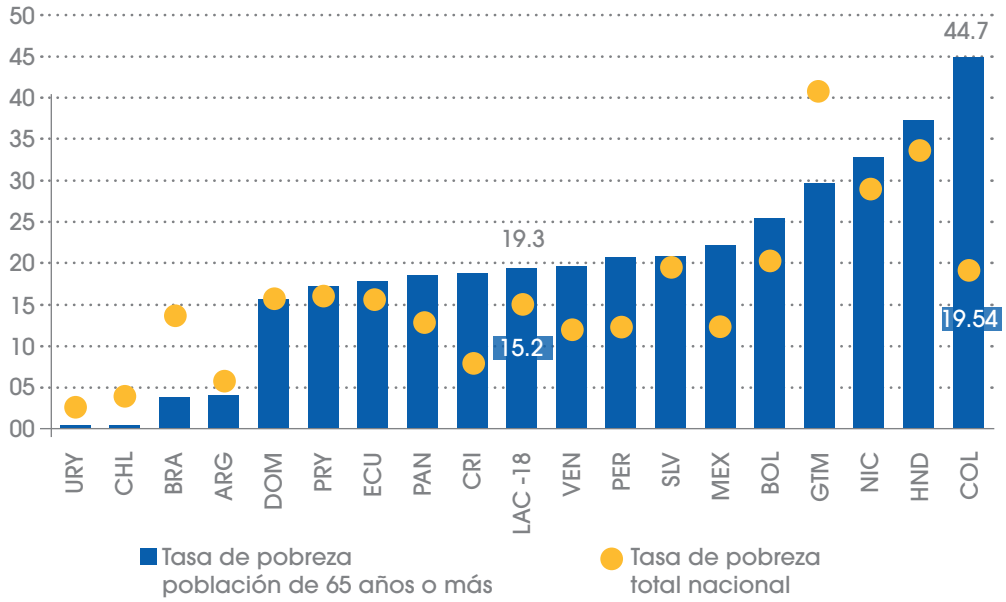
niveles de informalidad vigentes en el mercado laboral, la situación puede agravarse en las próximas décadas. El problema de cobertura pensional no es exclusivo de Colombia: con excepción del caso chileno, se trata de un problema generalizado en la región, cuya principal causa reside en las barreras generadas desde la estructura misma del mercado laboral, en el que predominan los trabajadores informales (Bosch, Melguizo y Pagés, 2013). Ante esta situación, y con el fin de superar las barreras estructurales a la cobertura del sistema pensional tradicional, que se limita a atender la porción formal de la economía, varios países de América Latina han implementado programas de pensiones sociales no contributivas, usualmente en la forma de transferencias monetarias y subsidios directos a la población más vulnerable. Según el Banco Mundial, entre el 2000 y el 2013, al menos 18 países de la región instituyeron reformas de este tipo, que si bien difieren en estrategia y trayectoria, tienen como fin extender la cobertura pensional más allá de los trabajadores asalariados que cumplieron con los aportes requeridos durante su vida laboral (Rofman, Apella, y Vezza, 2013). Colombia cuenta con el programa Colombia Mayor, pero las dimensiones de los apoyos económicos a la vejez que se otorgan a través de ese programa son muy inferiores a las que se observan en otros países de la región. Por esa razón, el fracaso del sistema pensional colombiano, en el propósito de ampliar la cobertura, se ha traducido en la persistencia de altos niveles de pobreza y desigualdad en las personas mayores, con indicadores muy superiores a los registrados en la población en general.

La Figura 12 muestra la tasa de pobreza de las personas de 65 años o más frente a la tasa de la población nacional, para 18 países latinoamericanos en el 2010. Las tasas de pobreza son medidas bajo la línea de pobreza de USD 2.5 diarios a precios PPP. Si se hace una comparación entre la tasa de pobreza registrada en la población general y la observada en los adultos mayores, se hace evidente que en países como Brasil, Bolivia, Chile y México, la incidencia de la pobreza en las personas mayores es mucho menor que en el resto de la población, lo que puede obedecer al impacto positivo de los programas asistenciales de pensiones no contributivas en estos países. En Colombia sucede precisamente lo contrario: el fracaso del sistema pensional contributivo y el tamaño relativamente menor de los programas asistenciales generan un diferencial de 25 puntos

porcentuales entre la tasa de pobreza de la población mayor (44.7 %) y el total de la población (19.5%). Esto refleja las grandes deficiencias en el diseño del sistema de protección económica para la vejez en Colombia.

Figura 12

Tasas de pobreza total nacional y población de 65 años o más. Latinoamérica, 2010. (Pobreza medida con estándares internacionales de PPP 2.5 USD diarios)



Fuente: OECD (2015) y BID.

Como señala la Cepal (Huenchuan, 2013), la implementación y ampliación de los programas de apoyo económico a la vejez de carácter no contributivo en varios países de América Latina se hizo particularmente urgente ante el proceso de envejecimiento de la población. Filgueira y Espíndola (2015), también de la Cepal, destacan el aumento en la cobertura de las personas de 65 años o más que reciben pensiones no contributivas en América Latina: pasó de un 37 % en el 2002 a un 42 % en el 2011. Para un país como Colombia, que se encuentra rezagado en este proceso, es fundamental revisar las experiencias y lecciones que ha dejado la implementación de este tipo de programas en otros países de la región. En este proceso debe tenerse muy en cuenta el riesgo de que ellos

sean usados como herramienta política, aprovechando su popularidad y los altos réditos electorales que genera la entrega de beneficios pensionales no basados en contribuciones. Así mismo, como lo destaca Acuña (2015), es indispensable ajustar y optimizar esos programas para evitar la creación de incentivos perversos en la fuerza laboral en términos de menores cotizaciones y menor participación en el sector formal de la economía.

En esta sección se analiza el concepto de pensiones no contributivas y se discuten sus potenciales efectos en la pobreza y en la participación laboral de las personas mayores. En la primera parte se repasan las experiencias de algunos países de la región que han buscado alcanzar la universalidad de la cobertura de estos programas. En la segunda parte se describe el programa Colombia Mayor y se presentan estadísticas sobre su alcance, para terminar con algunas recomendaciones de política.

2.5.1. Marco teórico y mejores prácticas internacionales

En general, en los países latinoamericanos que han implementado programas de pensiones no contributivas se han observado dos formas de llevarlas a cabo. En primer lugar, se encuentran los países que buscan alcanzar una cobertura universal, es decir, de la totalidad de la población en edad de jubilación sin tener ningún otro requerimiento. En este grupo se encuentran Brasil, Bolivia, México y más recientemente Chile. El segundo tipo de programa es el de pensiones focalizadas, que se concentran en la población mayor más vulnerable, de muy bajos ingresos y con contribuciones insuficientes o nulas para recibir prestaciones del sistema. En este grupo se encuentran Colombia, Perú y Uruguay (Rofman et al., 2013).

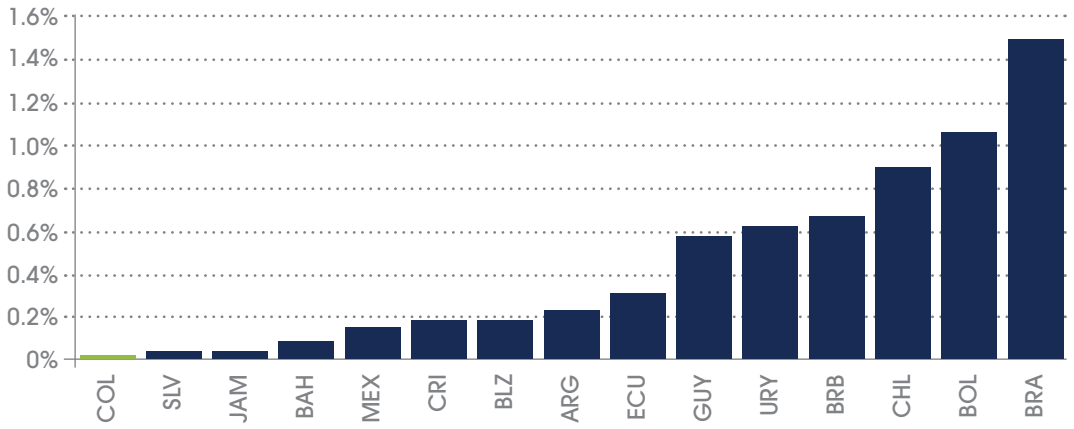
En América Latina hay cuatro mecanismos de financiación: las pensiones pueden ser desembolsadas directamente desde el presupuesto nacional, como es el caso del programa de Beneficio Continuado de Brasil; pueden ser financiadas con recursos provenientes de la explotación de recursos naturales, como es el caso de Bolivia y su programa Renta Dignidad, que recibe recursos de los impuestos al sector de hidrocarburos; o su costo puede ser cubierto mediante préstamos de instituciones multilaterales o bancos de desarrollo, como en el caso de Nicaragua y Honduras (Cecchini y Martínez, 2012). Una cuarta opción es la adoptada en

Colombia, en donde se financian los subsidios asistenciales en parte con el presupuesto general y en parte con contribuciones solidarias de los trabajadores de mayores ingresos.

En términos del costo de estos programas, el gasto público en pensiones no contributivas a las personas mayores para una buena parte de países latinoamericanos no representa más del 0.4 % del PIB, aunque la tendencia es creciente. Entre los países de la OECD, Colombia es el que, en términos relativos al PIB, menos gasto dirige a los programas de pensiones no contributivas (0.12 % del PIB), de ahí que el monto de las prestaciones otorgadas sea extremadamente bajo (Figura 13).

Figura 13

Gasto público en pensiones no contributivas (% del PIB)



Fuente: OECD (2015).

En general, estos programas han probado ser bastante efectivos en la reducción de la pobreza de las personas mayores, y son una de las principales herramientas para reducir la inequidad en la distribución del ingreso. Cerutti et al. (2014) encuentra que los programas no contributivos en Chile, México y Brasil llegan a representar cerca de dos terceras partes del total de los ingresos de los beneficiados en el quintil más pobre y entre el 10 % y el 20 % de los ingresos del segundo quintil.

No obstante, hay que tener en cuenta que estos programas de corte asistencialista tienen implicaciones negativas para la fuerza laboral: generan un efecto ingreso que reduce el atractivo de los beneficiarios de participar en el mercado laboral o cotizar para el sistema contributivo de pensiones, pues ya cuentan con un colchón financiero para la etapa de vejez. Bosch et al. (2013) encuentran que el resultado más documentado en este sentido es una reducción considerable de la oferta laboral por parte de los beneficiarios[15]. De Carvalho Filho (2008) estima que cerca del 40 % de las personas mayores beneficiadas por la pensión no contributiva en Brasil se retira completamente del trabajo, y que el resto reduce significativamente las horas trabajadas. Ahora, si bien es cierto que es deseable reducir la proporción de personas de edad avanzada que necesitan un empleo, esto resalta el hecho de que la edad mínima para acceder a estos programas debe ser lo suficientemente alta como para no afectar a individuos laboralmente activos[16].

Para evitar el surgimiento de incentivos perversos sobre la cotización de la población activa, el aspecto más importante a tener en cuenta para el diseño de un programa no contributivo es el grado de integración y complementariedad con el esquema contributivo. Esta integración depende de los mecanismos de selección de los beneficiarios y del ajuste del monto del subsidio a los individuos que también cotizan en el sistema contributivo. Chile es el único país que induce esa integración entre los regímenes contributivo y no contributivo y evita la conformación de sistemas de incentivos inadecuados que puedan desestimular las contribuciones al Sistema General de Pensiones y ampliar la informalidad (Acuña, 2015).

Las diferentes experiencias de los programas no contributivos en los países de la región y sus efectos en las personas mayores permiten extraer valiosas lecciones sobre las pensiones no contributivas y su forma de implementación. Brasil fue uno de los primeros países en aplicar un sistema pensional inclusivo en América Latina con el programa Beneficio de Prestación Continuada (BPC), establecido en

15 Un ejemplo es Kassouf y Rodrigues de Olivera (2012), que encuentran que las pensiones sociales en Brasil han incentivado a los integrantes más jóvenes de los hogares con personas mayores beneficiarias a abandonar el mercado laboral.

16 Estudios recientes como el de Olivera y Novella (2014) también se han concentrado en los efectos de estos subsidios para la salud mental de los beneficiados. Sostienen que el retiro completo del trabajo debería acompañarse de otras actividades de bienestar para que la persona mayor no vea afectado su funcionamiento cognitivo y no aumente el costo de los sistemas de salud.

1996 y que consiste en la transferencia de un salario mínimo mensual para las personas mayores de 65 años o con discapacidad. El BPC es el mayor programa no contributivo de Brasil en términos de presupuesto, y el segundo en número de beneficiarios[17]. En cuanto a la integración con el sistema contributivo, en Brasil, al igual que en Colombia, el ciudadano que recibe una pensión contributiva automáticamente pierde la posibilidad de ser elegido para obtener un beneficio asistencialista, pero la diferencia es que el beneficio no contributivo en Brasil es igual a la pensión mínima, lo que en la práctica genera fuertes incentivos a bajar la participación laboral. Esto, teniendo en cuenta que la edad mínima requerida para este subsidio es de 55 años para las mujeres y 60 años para los hombres, implica que el BPC puede estar generando claros estímulos a reducir la oferta de trabajo entre los individuos que aún pueden ser considerados como activos laboralmente. En un escenario como el de Brasil, en el que el Estado destina más del 8 % del PIB al sistema pensional –2 % al esquema no contributivo–, el envejecimiento previsto de su población tendrá un impacto significativo en la sostenibilidad de las finanzas públicas. Si se tiene en cuenta que la población brasilera aún es joven, en comparación con la de los países más desarrollados, cuyo gasto en el sistema pensional es similar, el nivel de gasto de Brasil resulta muy elevado.

A pesar de sus problemas de diseño, el BPC ha representado una mejoría notoria en las condiciones de vida de la población mayor brasilera. Los efectos del BPC han sido ampliamente estudiados, no solo por su largo periodo de implementación, sino porque además concentran el programa social más grande de la región. Schwarzer y Querino (2002) señalan que entre los efectos de las pensiones no contributivas en la población adulta de Brasil está la reducción de las tasas de pobreza e indigencia y una mejor redistribución del ingreso para este grupo poblacional, en especial en las zonas rurales. Barrientos (2005) calcula que si este ingreso pensional se anulara, la tasa de pobreza en Brasil sería 7 puntos porcentuales más alta y la brecha de pobreza se elevaría en 35.7 %.

Bolivia, por su lado, ha implementado el programa no contributivo de mayor magnitud relativa a las personas mayores. Establecido en 1996, el programa

17 Brasil cuenta con varios programas asistenciales, entre ellos Bolsa Familia que es el programa con mayor número de beneficiarios. Paralelo al BPC, Brasil también tiene el Seguro Social Campesino (Previdência Social Rural), que buscaba mitigar las inequidades entre las áreas urbanas y rurales en Brasil, aumentando la protección de los trabajadores en agricultura, minería y la industria pesquera (Barrientos, 2013).

Bono Solidario (Bonosol), que en el 2008 fue reemplazado por Renta Dignidad, otorga a la totalidad de las personas mayores un beneficio uniforme. Si bien en sus inicios el programa generó mucha controversia –lo creó el gobierno del presidente Sánchez de Lozada a partir de la privatización de empresas estatales–, en la administración de Evo Morales se comenzó a financiar con el impuesto a los hidrocarburos y la cobertura se amplió significativamente (Rofman et al., 2013). Sin embargo, sus altas tasas de cobertura a las personas mayores y la débil integración con el sistema pensional contributivo pueden explicar en gran parte la muy baja tasa de contribución al sistema pensional. En términos de integración con el sistema contributivo, y por tratarse de un esquema universal, cualquier persona mayor puede reclamarlo, pero quienes tienen una pensión contributiva ven reducido el subsidio en un 25 %. Además, el monto de la pensión mínima es considerablemente superior al subsidio otorgado por Renta Dignidad.

Argentina, país que durante la década de los años noventa registraba una de las más altas tasas de cobertura de las personas mayores, tuvo una disminución importante tras la crisis económica de 1999-2002. Entre las reformas que el Gobierno de Argentina inició como respuesta, se encuentra el programa Moratorium, diseñado para que la población que cumpliera la edad mínima de retiro pudiera jubilarse, independientemente de la contribución aportada al sistema durante su vida laboral. Ya para el 2010, a solo unos años de haber entrado en vigencia, cerca del 90 % de las personas mayores estaban cubiertas (Bosch y Guajardo, 2012).

En Chile, las pensiones no contributivas son una novedad. Fue el primer país de la región en reformar sus sistemas de seguridad social hacia sistemas de capitalización individual en 1981. A pesar de mantener una de las tasas más altas de cobertura pensional en la región, luego de la reforma de 1981 esas tasas no lograron superar las de 1973 (Mesa-Lago, 2013). En el 2008, Chile se embarcó en una segunda ola de reformas a su sistema de pensiones, y creó dos nuevas pensiones solidarias: la Pensión Básica Solidaria (PBS), que otorga una pensión a las personas mayores de 65 años y con discapacidad que pertenecen al 60 % de la población con menores ingresos; y el Aporte Previsional Solidario (APS), que sirve como pensión complementaria a la pensión contributiva para las personas de 65 años o más, cuyas contribuciones son insuficientes para alcanzar el nivel

predeterminado conocido como Pensión Máxima con Aporte Solidario (Robles Farías, 2013; Acuña, 2015). La característica más importante del esquema de subsidios no contributivos chileno es su integración y complementariedad con el régimen contributivo, dado que el monto del subsidio depende progresivamente de la pensión que haya logrado financiar el individuo (no hay pensión mínima). De esta forma se logra que el monto de la pensión final sea siempre más alto cuanto más se tiene acumulado y hay incentivos para aumentar las cotizaciones al sistema, así sea en el último tramo de la etapa laboral activa.

En Colombia y Perú, dos países con niveles de coberturas pensionales por debajo del 35 %, los programas de pensiones no contributivas no han recibido mayores impulsos. Olivera y Zuluaga (2013) estudiaron los efectos ante la implementación de este tipo de pensiones en los dos países y concluyeron que las pensiones no contributivas, ya sean universales o focalizadas, favorecerían la reducción de la pobreza de las personas mayores en ambos países, y especialmente en el área rural. En cuanto al costo fiscal, los autores señalan que la universalización de las pensiones no contributivas del programa Colombia Mayor cubriría a un 78.4 % de las personas mayores (aproximadamente 2.500.000 personas), y representaría un costo fiscal del 0.32 % y 0.45 % del PIB en Colombia y Perú respectivamente. Por su parte, el costo de una pensión focalizada en la población de 65 años o más en condición de pobreza y pobreza extrema (unos 753.550 beneficiarios, esto es, el 25 % de las personas mayores) estaría cerca del 0.10 % y 0.15 % respectivamente[18]. Filgueira y Espíndola (2015), por su parte, estiman el costo fiscal de completar la universalidad de las pensiones, asignando unas transferencias equivalentes a una línea de pobreza a las personas mayores y focalizadas en familias vulnerables. El costo fiscal calculado para esas pensiones no contributivas para Colombia sería del 0.21 % del PIB y, según los autores, podría generar una reducción efectiva de la pobreza de 1.9 puntos porcentuales[19]. Con una conclusión similar cierran su análisis Chacón, De Souza y Valverde (2008), quienes, a partir de ejercicios de simulación del impacto de las pensiones no contributivas en la reducción de la pobreza en Perú, llevaron a cabo una

18 Para sus proyecciones, los autores parten de una pensión de 60.000 pesos para Colombia (31 dólares) y de 125 soles para Perú (44 dólares).

19 Filgueira y Espíndola (2015, Gráfico 16, p. 36 y Gráfico 39, p. 52).

reestimación del gasto total de los hogares y del gasto per cápita de los individuos incluyendo la pensión, y mostraron cómo una prestación mensual equivalente al 10 % del PIB per cápita podría disminuir en hasta 12 puntos porcentuales el nivel de pobreza de los adultos mayores[20].

Un referente ineludible sobre pensiones sociales es el de Sudáfrica, uno de los primeros países en desarrollo en implementar, en 1921, un esquema de pensión no contributiva para los ciudadanos blancos. Desde finales del *apartheid,* en la década de 1990, el país extendió los programas asistenciales al total de su población. El programa más grande es el de la pensión estatal para las personas mayores, Old Age Pension (OAP) (Oosthuizen, 2012), el cual hace un pago mensual a los residentes mayores de 60 años, con ingresos inferiores a un mínimo, y con el objetivo de reducir la pobreza en este segmento de la población. A febrero del 2013, 2.8 millones de personas recibieron la pensión y para cerca del 66 % de la población mayor de 60 años era su fuente primaria de ingreso (Brockerhoff, 2013).

2.5.2. Las pensiones no contributivas en Colombia: el programa Colombia Mayor

El esquema actual de pensiones no contributivas en Colombia surge de las bases sentadas por el Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM), establecido a partir de la Ley 797 del 2003. El PPSAM aumentó significativamente los recursos destinados al bienestar de la población mayor más vulnerable. La Ley redirigió los recursos y el esfuerzo del Estado a los programas asistencialistas, en detrimento de los mecanismos internos de solidaridad del sistema pensional. En teoría, el valor de los subsidios debería estar dado por la línea de indigencia (LI) (DNP, 2003), medida con base en el valor de una canasta que cubre los requisitos nutricionales mínimos diarios, si bien en la práctica el monto del subsidio ha sido mucho menor. El beneficiario pierde el derecho a recibir el subsidio si su ingreso supera la tercera parte de un salario mínimo legal (SMMLV).

20 Para este ejercicio de simulación, los autores partieron de una pensión no contributiva de referencia de 100 soles peruanos, lo que equivale aproximadamente al 10 % del PIB per cápita del año 2007.

El propósito inicial del PPSAM era apoyar económicamente a las 911.000 personas mayores que en el 2002 se encontraban en situación de indigencia. Mientras que los programas anteriores se sustentaban exclusivamente con cargo al Presupuesto General de la Nación, lo que limitaba la posibilidad de contar con recursos suficientes para lograr la cobertura buscada, el PPSAM aumentó la base de financiamiento mediante contribuciones solidarias del 1 % de cotizantes con más de cuatro Salarios Mínimos Legales (SMMLV), y del 2 % para los salarios superiores a 16 SMMLV (DNP, 2003).

A finales del 2012, el PPSAM fue reemplazado por el programa Colombia Mayor. La principal diferencia entre ambos es que el objetivo de Colombia Mayor es cubrir a toda la población de personas mayores que pertenecen a los niveles 1 y 2 del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (Sisbén), eliminando el mecanismo de cupos anuales que incorporaba marginalmente nuevos beneficiarios en el PPSAM.

En general, el programa Colombia Mayor contempla dos tipos de subsidio: uno en el que el monto monetario asignado a cada beneficiario le es entregado directamente, y otro indirecto, en el que los recursos se entregan en forma de servicios sociales básicos que proveen los Centros de Bienestar del Adulto Mayor y los Centros Diurnos[21]. En términos de cobertura, el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 estableció una meta de cobertura de un millón y medio de beneficiarios, que fue extendida por el Ministerio de Trabajo a 2.400,000 personas de 65 años o más cobijadas por el programa para el 2018. Los esfuerzos para aumentar la cobertura son evidentes: mientras que hasta diciembre del 2012 había más de 718.000 beneficiarios, en diciembre del 2014 los cupos asignados habían aumentado a 1.468.952, un incremento del 100 % en dos años[22]. Sin embargo, dado que los recursos no fueron incrementados en la misma magnitud, esta expansión fue contrarrestada por una fuerte reducción de los beneficios por persona entre el 2010 y el 2014 (Tabla 5). Vale la pena resaltar que el subsidio por persona varía en cada municipio. El monto básico por persona es asignado

21 Los servicios sociales básicos comprenden alimentación, alojamiento y salubridad, medicamentos o ayudas técnicas, prótesis u órtesis no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Ver información sobre el programa en http//www.colombiamayor.co/programas.html.

22 Es importante tener en cuenta que cerca de 160.000 de estos cupos adicionales corresponden a la migración a subsidios directos de beneficios en la forma de complemento alimentario del Programa Nacional de Alimentación al Adulto Mayor (PNAAM). Todos los beneficios en especie fueron sustituidos por monetarios.

a cada ente territorial (municipios) y en algunos casos estos contribuyen con un monto adicional. Esto genera un diferencial del subsidio per cápita por municipio, lo que entre otras cosas puede generar desconfianza en el programa. Los entes territoriales deben tomar conciencia del envejecimiento de la población y orientar mayores recursos para proteger a las personas mayores más vulnerables.

Tabla 5

Programa Colombia Mayor: recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) y personas beneficiarias

Año	Recursos solicitados PGN (COP millones)	Recursos Solicitados PGN (% del IBM)	Personas beneficiarias	Subsidio por persona (COP mensuales)	Subsidio por persona (COP anuales)
2008	$256.015,60	0,05%	280.000	$76.195	$914.341
2009	$557.129,40	0,11%	480.147	$96.694	$1.160.331
2010	$721.686,10	0,13%	484.183	$124.210	$1.490.523
2011	$765.395,70	0,12%	600.000	$106.305	$1.275.660
2012	$706.879,0	0,11%	718.376	$93.463	$1.121.555
2013	$762.636,50	0,11%	1.259.333	$61.762	$741.142
2014	$1.045.835,30	0,14%	1.468.952	$64.614	$811.353

Fuente: Sistema de Seguimiento Proyectos, DNP (2014).

La Tabla 5 muestra que el fuerte crecimiento de la población beneficiada no se reflejó en un aumento proporcional de los recursos asignados. En cuatro años, el subsidio promedio por beneficiario se redujo a la mitad: de $120.000 pasó a $65.000 mensuales, lo que actualmente equivale a la décima parte de un salario mínimo[23]. Esto se puede explicar de la siguiente manera: si bien cerca del 45 % de los beneficiarios recibe un subsidio de $75.000 mensuales, en los últimos años ha habido una mayor asignación de cupos de menor cuantía (Figura 14, panel A). Haciendo una comparación internacional, el subsidio otorgado en Colombia es el de

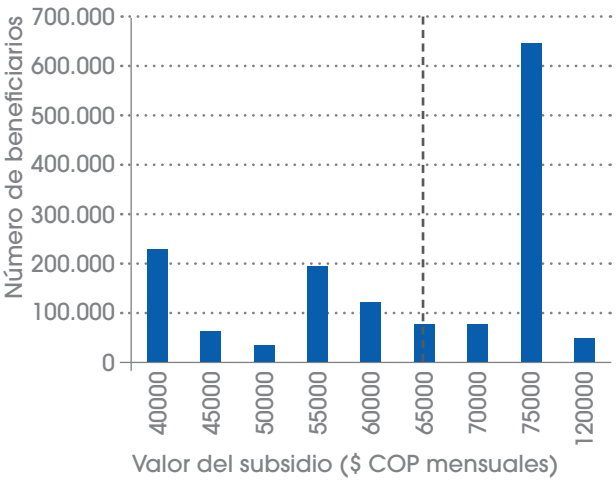
23 Para acercarse al promedio de los países de la OECD, los beneficios no contributivos en Colombia deberían ser, como proporción del salario medio, de al menos el doble (OECD, 2015).

menor cuantía entre los países de América Latina con programas de este tipo , y la cobertura de las personas mayores, del 21 %, es cercano al promedio de la región, si bien está muy por debajo del 60 % de Chile o del 69 % de México (panel B).

Figura 14

Distribución de los beneficios por monto y comparación regional

A) Distribución del monto del subsidio



B) Monto y cobertura: comparación regional

	Monto (USD mes)	Cobertura
Colombia	$ 35	21%
Perú	$ 45	20%
El Salvador	$ 50	8%
México	$ 75	69%
Chile	$ 156	60%
Uruguay	$ 299	7%

Fuente: Ministerio del Trabajo (2014); Acuña (2015).

Con respecto a la cobertura nacional, los cupos asignados por Colombia Mayor en el 2013, según el Ministerio del Trabajo, fueron 1.260.054. Esta cifra representa un 25 % de la población mayor de 60 años y un 9 % del total de la población por debajo de la línea de pobreza. Adicionalmente, este número de cupos representa el 83 % de la población mayor de 65 años que se encuentra por debajo de la línea de pobreza medida por los estándares del Banco Mundial[24].

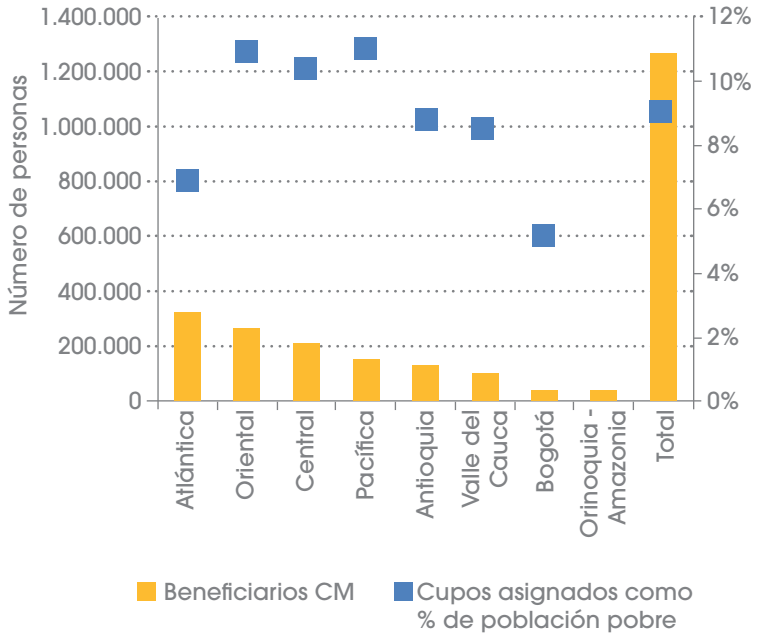
En cuanto a su distribución geográfica, el programa Colombia Mayor está presente en los 32 departamentos del país. La distribución por departamento es

24 Hay que tener en cuenta que no es posible establecer cuáles de los cupos asignados se dirigen a la población pobre medida según los estándares del Banco Mundial.

relativamente equilibrada, pues ninguno tiene una participación desproporcionada. Antioquia y Valle, que son los de mayor participación, contribuyen con solo el 10.5 % y 8.2 % de los beneficiarios. Como se mencionó, los cupos asignados representan en promedio el 9 % de la población por debajo de la línea de pobreza a escala nacional. Este porcentaje es ligeramente superior al 10 % en las regiones Oriental, Central y Pacífica, del 7 % en la región Atlántica y del 5 % en Bogotá (Figura 15). Vale la pena destacar que en el caso de la región Atlántica, el número de beneficiarios de Colombia Mayor es el más alto del país y su baja cobertura de la población pobre se debe a la alta tasa de incidencia de pobreza de la región, que es del 46 %. En contraste, la tasa de incidencia de la pobreza en Bogotá es de las más bajas, alrededor del 10 %.

Figura 15

Distribución regional de los beneficiarios de Colombia Mayor: número de personas y porcentaje de la población pobre



Fuente: Ministerio de Trabajo.

La concentración relativa de los beneficiarios del programa Colombia Mayor en las zonas rurales y por fuera de las ciudades principales se confirma en la Tabla 6. **Los beneficiarios en las áreas urbanas representan el 77 % del total, y el restante 23 % está en las zonas rurales, lo que muestra que la cobertura es ligeramente más alta en estas últimas (la distribución por área de los adultos mayores es del 78 % en las zonas urbanas y del 22 % en las rurales).** Por su parte, los beneficiarios de las principales ciudades (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena) representan un 11 % del total, pese a que el 34 % de las personas mayores habitan en estas ciudades. En cambio, un 89 % de los beneficiarios vive en el resto del país, donde se concentran las mayores tasas de pobreza.

Al caracterizar por sexo, se encuentra que el 56 % de las personas mayores beneficiarias de Colombia Mayor son mujeres y el restante 44 % son hombres (Tabla 6), lo que indica que la población femenina recibe algo más de atención en el programa con respecto a la participación que tiene en el grupo de personas de 60 años o más (54 % frente a 46 % de hombres).

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

Tabla 6

Distribución de la población beneficiaria frente a la distribución de la población de personas mayores (se discrimina por sexo, área, grupos de edad y lugar de residencia)

	Beneficiarios Colombia Mayor	Distribución beneficiarios	Distribución población de 60 años o más
Hombres	553.772	43.9 %	45.6 %
Mujeres	706.282	56.1 %	54.4 %
Urbano	968.014	76.8 %	77.3 %

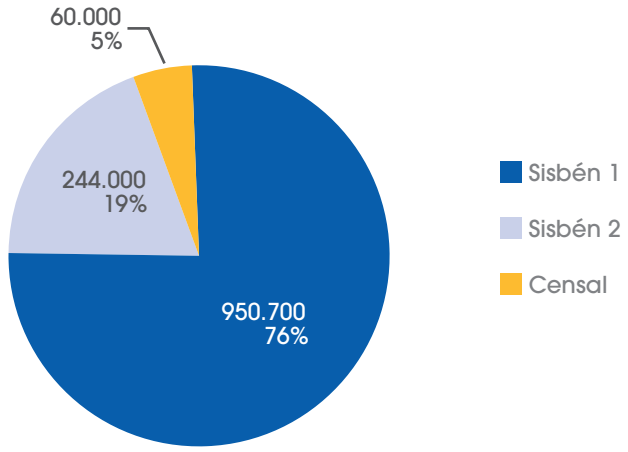
	Beneficiarios Colombia Mayor	Distribución beneficiarios	Distribución población de 60 años o más
Rural	292.040	23.2 %	22.7 %
61-70 años	441.393	35.0 %	56.2 %
71-80 años	521.950	41.4 %	30.7 %
80 y + años	259.108	20.6 %	13.1 %
Principales ciudades	142.877	11.3 %	33.5 %
Resto	1.117.177	88.7 %	66.5 %

Fuente: Ministerio de Trabajo (2014) y Pachón (2012).

Finalmente, con respecto a la focalización de Colombia Mayor, la caracterización socioeconómica es un criterio clave de priorización. La población clasificada por la encuesta Sisbén en los niveles 1 y 2, así como la llamada población censal[25], constituyen el grupo objetivo del Programa. La Figura 16 muestra la participación porcentual de cada uno de estos segmentos en el total de beneficiarios para junio del 2014.

Figura 16

Caracterización de estrato de los beneficiarios



Fuente: Ministerio del Trabajo (2014).

25 La población censal se refiere a los individuos identificados como población vulnerable o en condición de abandono que no puede ser identificada por la encuesta del Sisbén. De esa población hacen parte las personas mayores protegidas por los Centros de Bienestar del Adulto Mayor, los habitantes de la calle y los indígenas de escasos recursos que viven en resguardos.

En los grupos focales realizados como parte del trabajo cualitativo de este estudio se encontraron resultados aparentemente contradictorios. Por un lado, en los grupos en zonas rurales con personas de muy bajos ingresos llamó la atención el alto número de beneficiarios del programa Colombia Mayor. En cambio, los grupos con personas menos vulnerables sabían poco sobre el Programa y menos aún sobre la manera de acceder a sus beneficios. También había confusión sobre su funcionamiento. Como los montos de los subsidios varían entre municipios –los alcaldes locales pueden hacer a discreción aportes adicionales–, algunas personas piensan que la diferencia en lo que reciben obedece a que los funcionarios públicos se quedan con el resto. Estos hallazgos plantean la conveniencia de difundir campañas de información sobre las características del programa y la forma de acceder a él.

2.5.3. Los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS)

Ante la incapacidad del sistema pensional contributivo de expandir su cobertura más allá del sector formal de la economía, y teniendo en cuenta las dificultades que conlleva el cubrir a los trabajadores informales mediante programas de tipo puramente asistencialista –Colombia Mayor, por ejemplo–, el Gobierno colombiano diseñó un esquema alternativo de prestaciones pensionales que no está sujeto a la restricción de la pensión mínima: se trata de los Beneficios Económicos Periódicos, o BEPS. Esta iniciativa fue incorporada en el Acto Legislativo 01 del 2005 y reglamentada mediante la Ley 1328 del 2009. Su característica más importante es que abre la posibilidad constitucional de otorgar a las personas mayores beneficios económicos periódicos de carácter contributivo con características diferentes a las que exigen las pensiones en Colombia. Específicamente, los BEPS pueden ser inferiores a un salario mínimo, lo que la Carta Constitucional del país descarta en el caso de las pensiones.

En la reglamentación de los BEPS que hizo el Gobierno nacional mediante el Conpes 156 del 2012, se estableció la posibilidad de que su financiamiento proviniera parcialmente del presupuesto nacional y otra parte del ahorro logrado durante la vida laboral de las personas que no alcanzan a cumplir con los requisitos

exigidos para contar con una pensión del Sistema General de Pensiones (SGP). Esos ahorros, a su vez, pueden corresponder a los que se hacen en el SGP bajo la forma de aportes al RPM o al RAIS o, alternativamente, a ahorros de los trabajadores informales en cuentas especiales de ahorro de largo plazo que abriría Colpensiones con ese fin. Dichas cuentas constituirían un esquema de ahorro voluntario exclusivo para la población vulnerable (niveles 1, 2 y 3 del Sisbén). En el documento Conpes, el Gobierno plantea que el programa cubriría entre 6 y 7 millones de personas en un lAPSo de 20 años. La idea tras esas cuentas especiales es que los trabajadores informales tengan una opción de ahorro para la vejez, que es incentivada a través de un subsidio del Estado del 20 % del ahorro individual. Este subsidio se asignaría en la medida en que esos ahorros se conviertan en una renta vitalicia y podría aplicarse también, bajo la misma condición, a los saldos del SGP que no se convierten en pensión por incumplimiento de requisitos en el momento en que sus beneficiarios cumplen la edad establecida para ello.

De acuerdo con la reglamentación del Conpes 156 del 2012, el máximo monto de los beneficios económicos periódicos a la prestación pensional de los BEPS es del 85 % del salario mínimo, y el monto mínimo es el subsidio otorgado a los beneficiarios de Colombia Mayor. Puesto que los BEPS son una iniciativa reciente, hasta el momento pocos usuarios han aplicado al programa. Actualmente los BEPS tienen un costo fiscal marginal, del orden del 0.1 % del PIB, y su cobertura se concentra en personas de más de 70 años, con saldos acumulados y sin reclamar en el SGP.

Los BEPS pueden ser una buena herramienta para superar los obstáculos del sistema pensional tradicional. Sin embargo, debe distinguirse entre los beneficios que genera la herramienta en la etapa de desahorro, esto es, en la etapa de pago de los beneficios para cada persona, y en la etapa de ahorro. En el primer caso es evidente que los BEPS abren la posibilidad de un apoyo económico para la vejez para muchas personas que paradójicamente se han quedado sin ningún apoyo por la restricción de que no se les puede entregar una pensión inferior al salario mínimo. Sobre la etapa de ahorro, al permitir cotizaciones por debajo del salario mínimo, el mecanismo diseñado para los BEPS abre la puerta al ahorro pensional de trabajadores del sector informal. En este contexto, sin embargo, es pertinente preguntarse si una herramienta de este tipo debería limitarse a las personas del

Sisbén 1, 2 y 3, o si debería estar abierta a cualquier trabajador que no cumpla los requisitos de acceso a una pensión contributiva, como lo sugiere el reporte de la OECD (2015). Este reporte señala que cerca del 50 % de los trabajadores en Colombia pueden clasificarse como personas de clase media[26], y que a pesar de ello solo una fracción minoritaria cotiza al sistema pensional. Buena parte de esas personas, que durante su vida laboral no fueron clasificadas por debajo de la línea de pobreza, pero que al llegar a la vejez no tienen ningún apoyo económico, y termina cayendo en la pobreza al final de sus vidas, podría verse beneficiada de una ampliación en el espectro de posibles beneficiarios del sistema BEPS.

Un problema crítico de las cuentas previstas en los BEPS para ahorro de los trabajadores informales es que, por tratarse de un programa voluntario, depende de la iniciativa de los trabajadores de ahorrar para su vejez. No es realista esperar montos significativos de ahorro voluntario de muy largo plazo, cuando la población en la que se focaliza el esquema es pobre, valora mucho el consumo presente y tiene poco margen de maniobra para diferir ese consumo por la promesa de un subsidio del Gobierno del 20 %, relativamente pequeño, y cuyo beneficio se recibirá en varios años o incluso décadas. Más complejo aún es que dichos beneficios corran el riesgo de perderse cuando la persona entra al sector formal de la economía. Por esta razón es indispensable repensar el esquema en su conjunto y explorar la posibilidad de que los incentivos al ahorro en la fase de acumulación de recursos para la vejez sean otorgados con menos restricciones y de una forma que se integre mejor con el pilar de ahorro voluntario que ya tiene el Sistema General de Pensiones desde su creación con la Ley 100 de 1993. El ahorro voluntario ha recibido tradicionalmente estímulos mediante exenciones tributarias que solo benefician a los estratos más altos de la población. Sería deseable generar estímulos más integrados para el conjunto de la población, que lleguen de una manera eficaz a las personas más pobres y a los trabajadores del sector informal, como funciona en el caso chileno (Acuña, 2015). Estas alternativas se discuten en detalle en el *capítulo de Ahorro*, en el contexto del análisis global sobre mecanismos de ahorro e inversión voluntarios para la vejez.

26 Clase media se refiere a la población que gana entre un 50 % y un 150 % del salario medio de la economía.

2.6. Caracterización de la población cotizante, pensionada y beneficiaria de Colombia Mayor

Esta sección hace uso de varias encuestas de hogares para caracterizar la población cotizante y pensionada en Colombia y estudiar las razones por las cuales una amplia proporción de los trabajadores no cotiza, y adicionalmente hace un análisis descriptivo de los hogares beneficiarios del programa Colombia Mayor, y se compara con los hogares no beneficiarios de características socioeconómicas similares. Esto con el fin de evaluar si el subsidio está siendo focalizado correctamente y mirar cambios en los patrones del gasto en los hogares que lo reciben. De esta forma se evidencian las diferencias sociodemográficas y económicas entre las personas que hacen parte del sistema pensional contributivo y del no contributivo.

2.6.1. Caracterización de los pensionados en Colombia

En este apartado se analizan las características de la población que recibe pensiones con base en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del año 2013. Lo primero que llama la atención es la baja participación de pensionados entre las personas de 60 años o más. En efecto, de acuerdo con las estadísticas de la ECV (2013), la cobertura pensional medida de esa manera alcanza apenas un 23.4 % (Figura 17). Estos porcentajes son considerablemente más bajos que los que se suelen citar sobre cobertura pensional, que son más cercanos al 30 %, basados en el cociente entre el número de pensiones otorgadas de acuerdo con las cifras administrativas, y el número de personas en edad de recibir pensión. La diferencia, como se dijo más atrás, podría explicarse porque hay personas mayores que reciben más de una pensión y porque se han otorgado pensiones a hombres de menos de 60 años y a mujeres de menos de 55.

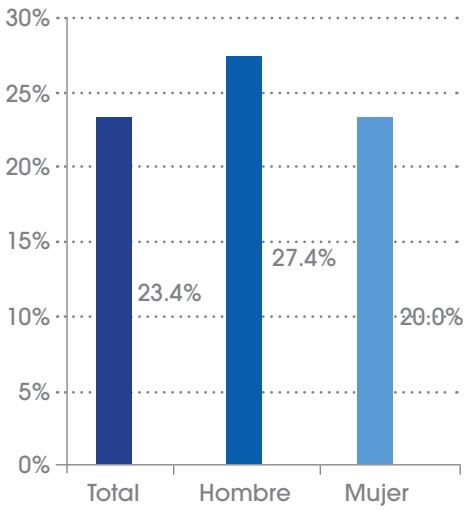
De acuerdo con la ECV del 2013, la cobertura pensional es particularmente baja para las mujeres: 20 % frente a un 27.4 % en los hombres (Figura 17, panel A). Lo que es previsible, pues unas edades de pensión menores dan menos posibilidades de cumplir con los requisitos, lo que se suma al hecho de que las menores tasas de participación y los mayores grados de informalidad laboral que suelen tener las mujeres se traducen en menores densidades de cotización.

Por su parte, entre las zonas urbanas y las rurales hay un fuerte contraste en términos de cobertura pensional (Figura 17, panel B). En las primeras la tasa de cobertura es del 33.3 %, mientras que en las rurales solo un 6.7 % de las personas mayores recibe ingresos por concepto de pensión. Este resultado está íntimamente relacionado con los niveles de informalidad particularmente altos que caracterizan el mercado laboral en el campo que, según Bernal (2009), alcanzan el 90 % de la población ocupada. El autor resalta la necesidad de crear esquemas complementarios que incentiven el ahorro previsional en este segmento de la población.

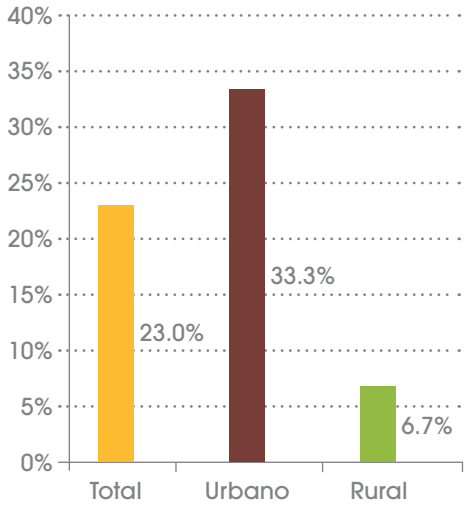
Figura 17

Porcentaje de personas de 60 años y más que reciben pensión

A) Porcentaje de adultos mayores, que reciben ingresos pensionales (discriminado por sexo)



B) Porcentaje de adultos mayores que reciben ingresos pensionales (discriminado por área)

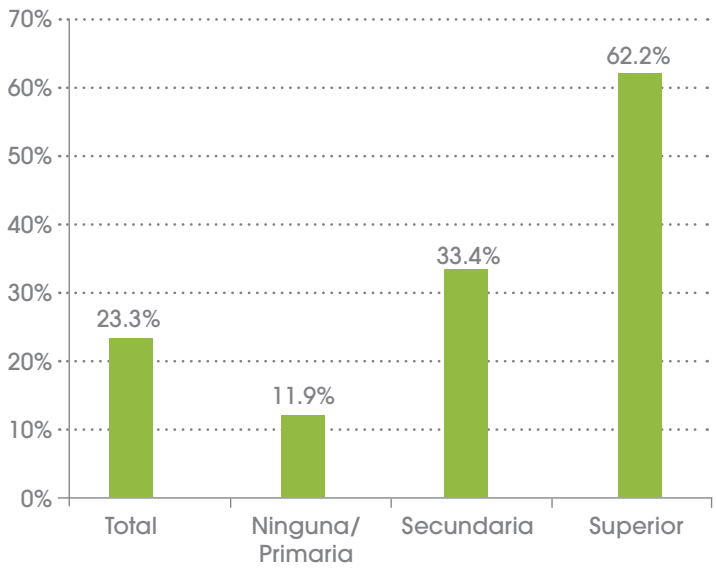


Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

Comparando por nivel educativo de los pensionados, se observa que la cobertura del sistema tiene un fuerte componente regresivo, nuevamente asociado a los mayores niveles de informalidad laboral de quienes tienen menos educación. Así, mientras el 62 % de las personas mayores con algún tipo de educación superior y el 33 % de los que completaron algún curso de bachillerato reciben ingresos por pensión, el porcentaje se reduce por debajo del 12 % en las personas mayores cuyo máximo nivel de escolaridad es educación básica primaria (Figura 18).

Figura 18

Porcentaje de adultos de 60 años y más que reciben pensión, por nivel educativo



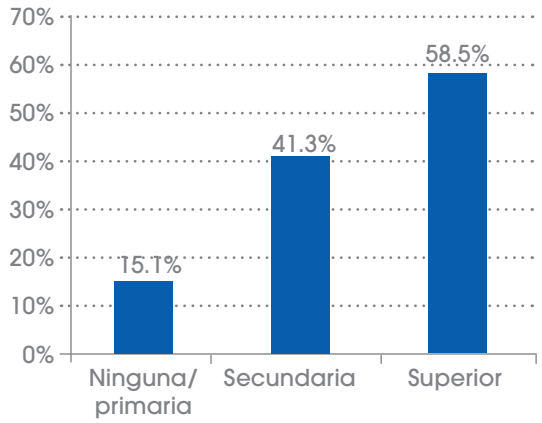
Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

Al discriminar por sexo y nivel educativo se encuentra que si bien la cobertura pensional promedio es menor para las mujeres, es notoriamente más alta en el caso de las mujeres con educación superior (Figura 19): el 66.7 % de ellas recibe ingresos pensionales y el porcentaje es superior al de los hombres con el mismo nivel de educación (58.5 %).

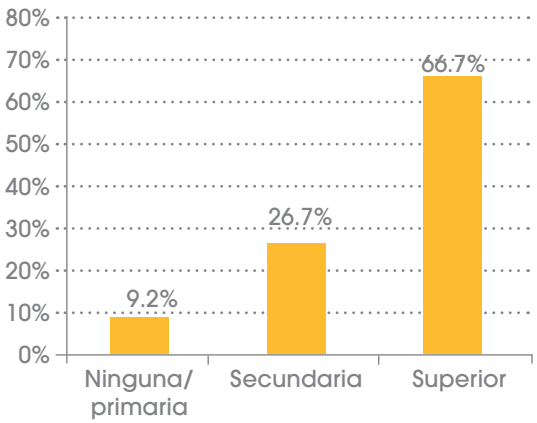
Figura 19

Porcentaje de adultos de 60 años o más que reciben pensión, por nivel educativo y sexo

A) Porcentaje de hombres que reciben ingresos pensionales (discriminado por nivel educativo)



B) Porcentaje de mujeres que reciben ingresos pensionales (discriminado por nivel educativo)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

La Figura 20 muestra la distribución de los pensionados según la magnitud de los ingresos que reciben, una vez ajustado el monto promedio mensual por las primas que cobran anualmente. Sobre esta distribución, la ECV (2013) indica que entre los pocos que reciben pensión, la mayoría recibe ingresos entre uno y dos salarios mínimos[27]. Los porcentajes con pensiones más altas son superiores en los hombres que en las mujeres, lo que probablemente refleja no solamente los mayores montos cotizados, sino las mayores densidades de cotización de los hombres a lo largo de la vida laboral en comparación con las mujeres. Por su parte, entre los pocos que acceden a una pensión en el sector rural, el porcentaje que recibe más de dos salarios mínimos es menor que en el sector urbano.

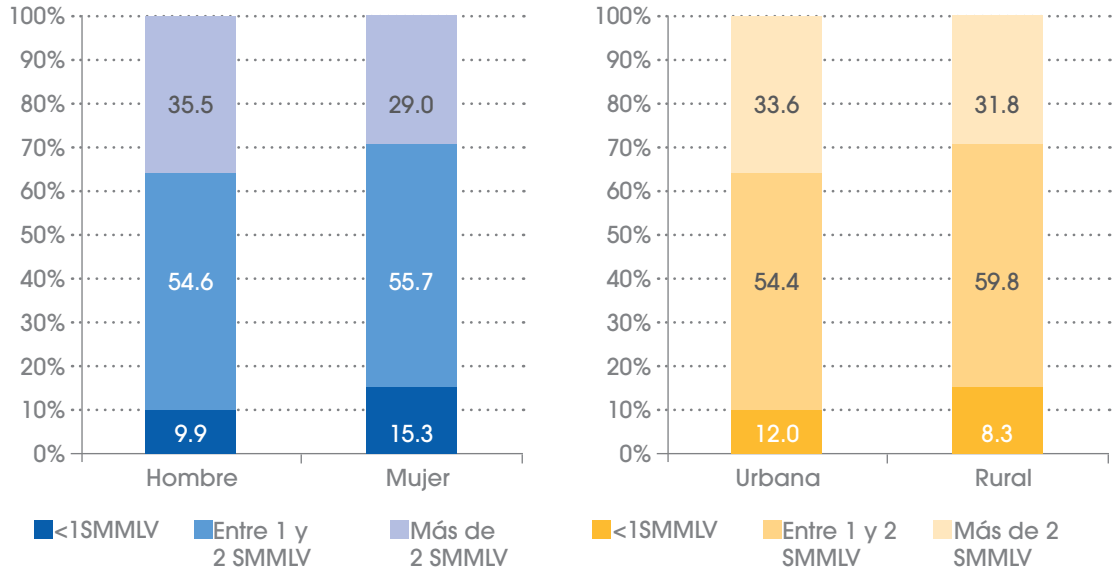
27 El Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV) es el reportado en el año 2013.

Figura 20

Valor de ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez y vejez, más prima anual en SMMLV del 2013. Población de 60 años o más

A) Valor ingresos pensionales de personas mayores (discriminado por sexo)

B) Valor ingresos pensionales de personas mayores discriminado por área)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

2.6.2. Caracterización de los ocupados cotizantes y no cotizantes

Los bajos niveles de cobertura pensional en Colombia están íntimamente relacionados con los muy bajos niveles de cotización asociados a la informalidad laboral. La Tabla 7 caracteriza a las personas ocupadas según su condición de cotizante o no cotizante. Como se puede apreciar, solo un 27 % de la población ocupada afirma cotizar para pensión. Aunque la participación laboral de las mujeres es más baja, el porcentaje que cotiza entre las que se reportan como ocupadas laboralmente es ligeramente más alto: 28.4 % frente a 26.1 % de los hombres. Este porcentaje, además, asciende al 29.2 % en las mujeres ocupadas menores de 55 años.

La Tabla 7 permite ver también la situación frente al régimen de pensiones de las personas mayores que se reportan como ocupadas. Vale la pena destacar que entre los hombres mayores de 60 años que aparecen como ocupados, el 8.8 % es pensionado. Este porcentaje es similar (8.3 %) para las mujeres mayores de 55 años y pone de presente un elemento que probablemente acentúa la inequidad en la distribución del ingreso entre las personas mayores: entre los muy pocos que reciben pensión, una proporción no despreciable devenga simultáneamente otros ingresos.

Tabla 7

Distribución de la población ocupada: cotizante, no cotizante o pensionado

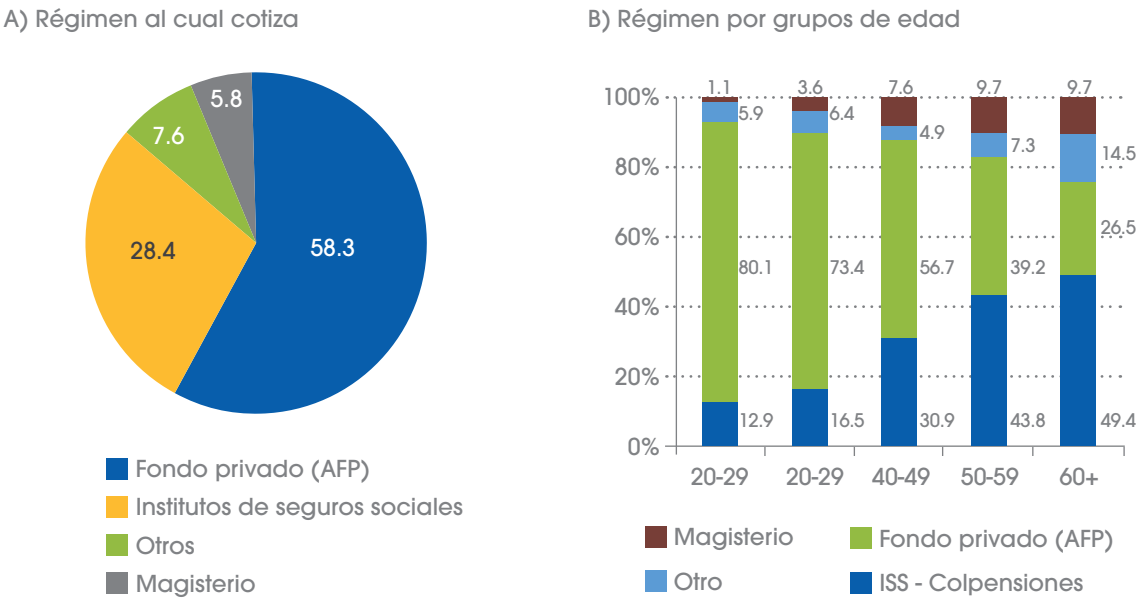
	Total	Hombres			Mujeres		
	Ocupados	Total ocupados	Menores de 60	Mayores de 60	Total ocupadas	Menores de 55	Mayores de 55
Cotiza	27.0	26.1	28.6	6.4	28.4	29.2	13.7
No Cotiza	71.5	72.4	70.9	84.8	70.2	70.6	78.0
Pensionados	1.5	1.5	0.5	8.8	1.4	0.2	8.3
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

Es posible evaluar la cobertura de los dos regímenes de pensiones, el RPM y el RAIS, en la población cotizante. Del total de personas ocupadas que cotizaban en el momento de la encuesta, el 58 % lo hacía en las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), mientras que cerca del 29 % lo hace en el régimen público (Figura 21, panel A). Sin embargo, estas proporciones cambian drásticamente al desagregar la afiliación entre grupos de edad, hasta el punto que los porcentajes de cotizantes en el régimen privado se reducen de más del 80 % para los afiliados entre 20 y 29 años a menos del 40 % en los de 50 a 59 años y a solo el 26.5 % en los mayores de 60 (panel B). Esto es consistente con las estadísticas agregadas que se basan en las cifras oficiales del sistema, según las cuales la edad promedio de los afiliados al RPM (49 años) es superior a la edad media del RAIS (37 años).

Figura 21

Fondo al cual cotizan las personas ocupadas. Grupos de edad



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

2.6.3. Razones para no cotizar al SGP

Para complementar las cifras de la ECV (2013), en este apartado se utiliza la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) del 2012 y se analizan las principales razones por las que la población no cotiza al sistema y los incentivos que considerarían más efectivos para motivar esa cotización.

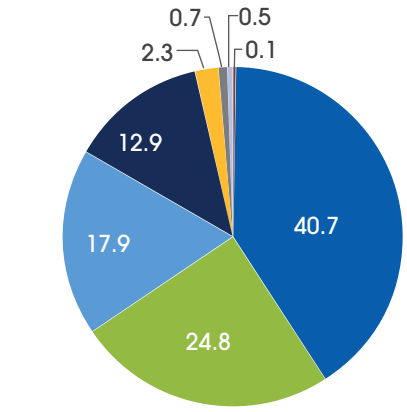
Del total de encuestados de 40-60 años[28] que no cotizan a pensión, cerca del 40 % atribuyó su condición a que su ingreso no le alcanza para cotizar; otro 25% contestó que no tiene trabajo y un 18 % que no desea cotizar (Figura 22). Estas razones suman el 83 % del total.

28 Se analizan las respuestas de las personas entre 40 y 60 años, pues el objetivo de este estudio es evaluar el comportamiento de cohortes cercanas al envejecimiento. Se excluye la población mayor de 60 años, pues se supone que después de esa edad las personas no cotizan.

Figura 22

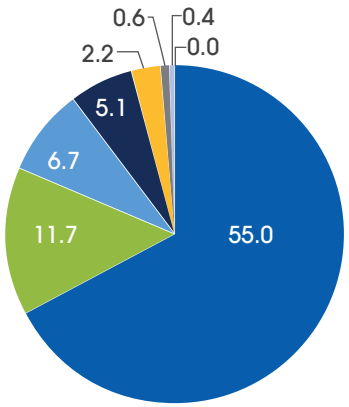
Población entre 40 y 60 años: Razones para no cotizar a pensión. Total y ocupados

A) Población entre 40 y 60 años: razones para no cotizar



- No alcanza el ingreso para cotizar
- No tiene trabajo
- No desea cotizar
- NS/NR
- Estudia exclusivamente
- No lo exige el trabajo
- Condición impuesta por el empleador
- Problemas financieros de la empresa

B) Población ocupada entre 40 y 60[29] años: razones para no cotizar



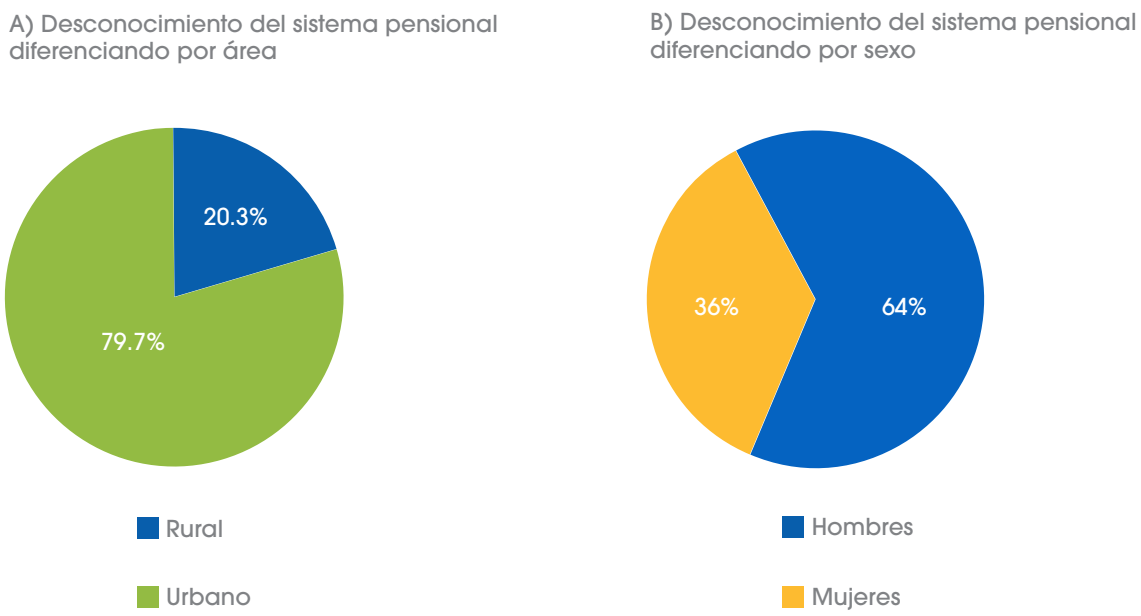
- No alcanza el ingreso para cotizar
- No desea cotizar
- NS/NR
- No tiene trabajo
- No lo exige el trabajo
- Condición impuesta por el empleador
- Problemas financieros de la empresa
- Estudia exclusivamente

Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS (2012).

A partir del trabajo con los grupos focales fue posible establecer que entre las causas más frecuentes para no cotizar al SGP está el desconocimiento del sistema, que junto al alto nivel del ingreso base de liquidación constituyen dos fuertes barreras de acceso al sistema. Al comparar estos hallazgos de acuerdo a la localización, se hace evidente la gran diferencia entre las áreas urbana y rural y entre mujeres y hombres (Figura 23).

29 El DANE clasifica a una persona como ocupada si cumple alguna de las siguientes condiciones: 1.Trabajó por lo menos una hora remunerada en dinero o en especie en la semana de referencia. 2. No trabajó en la semana de referencia, pero tenía un trabajo. 3. Es un trabajador familiar sin remuneración que laboró en la semana de referencia por lo menos una hora. Con esta clasificación, una persona ocupada puede considerar que la razón para no contribuir es que no tiene trabajo, por ejemplo, si es trabajador familiar.

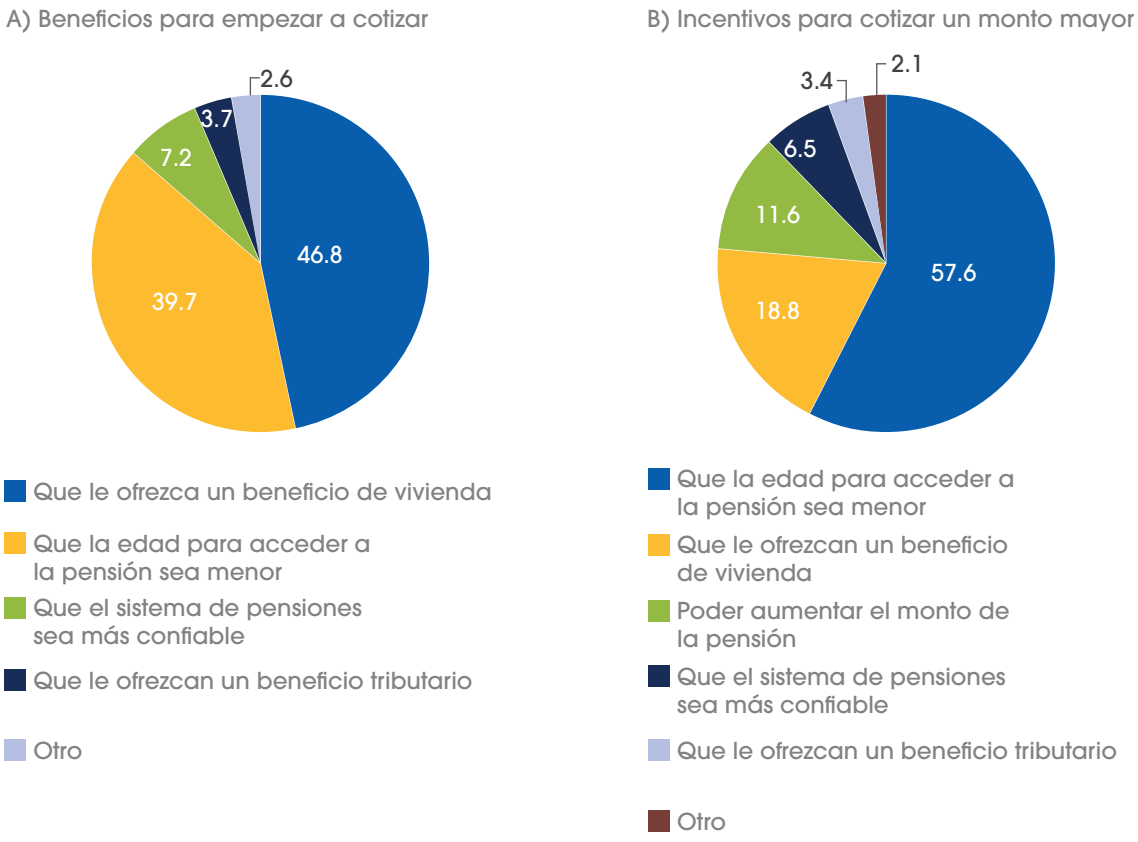
Figura 23
Desconocimiento del sistema pensional en los grupos focales
Panel A. Diferenciado por áreas. Panel B. Por sexo



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los incentivos que según los encuestados los persuadirían para contribuir al sistema, la política que consideran más efectiva es la del otorgamiento de un subsidio en vivienda a los cotizantes, seguido de una reducción de la edad mínima para obtener una pensión (Figura 24, panel A). Estas dos respuestas también son las más importantes a la pregunta sobre las políticas que incentivarían a la población cotizante a pagar un mayor monto (panel B). Esto demuestra la falta de incentivos y de educación financiera y previsional por parte del sistema para que la población ahorre y se prepare económicamente para la vejez.

Figura 24.
Incentivos para cotización



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS (2012).

2.6.4. Características de los hogares beneficiarios del programa Colombia Mayor

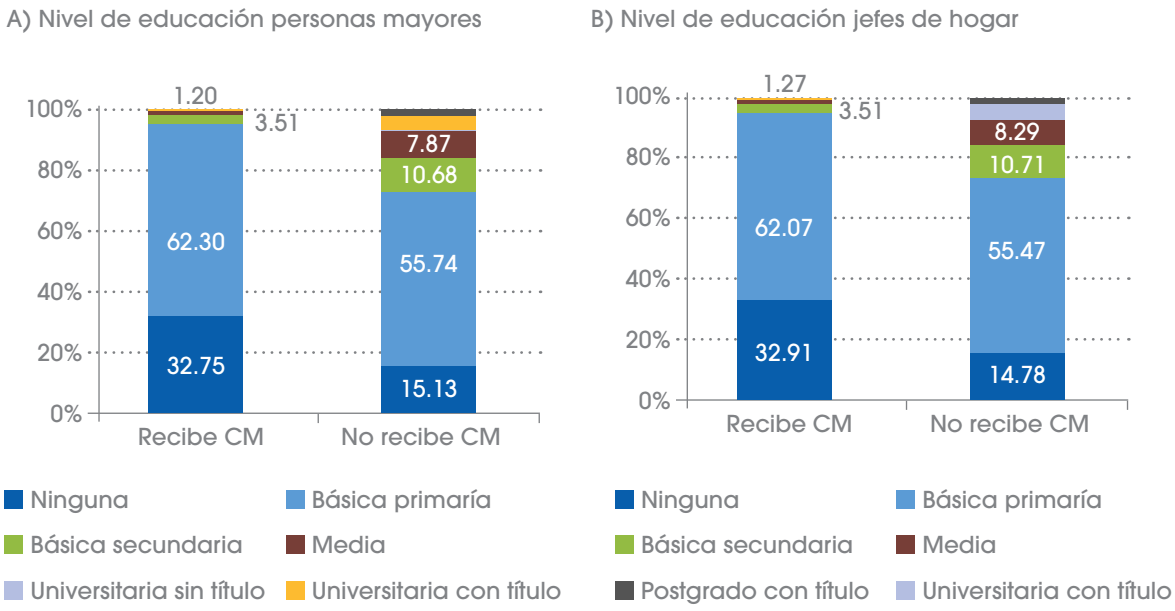
Como complemento de la caracterización de la población pensionada en el país, este apartado analiza las principales características de los hogares con población beneficiaria del subsidio Colombia Mayor con base en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del 2013 y en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2010.

El primer indicador importante se refiere al nivel educativo, que constituye una aproximación indirecta al estrato socioeconómico de los beneficiarios.

No se usa directamente el ingreso reportado, porque en las encuestas de hogares esta variable es poco confiable. De acuerdo con la ECV del 2013, del total de hogares con personas de 60 años o más que declararon tener al menos un beneficiario del programa, el 95 % de ellos no tiene educación formal o tiene un nivel educativo máximo de básica primaria (Figura 25, panel A). Es claro, por lo tanto, que el subsidio se focaliza en personas de las cuales podría presumirse que son pobres o pobres extremos. Sin embargo, vale la pena destacar que una porción importante de los que no reciben subsidio, el 71 %, tiene también esos bajos niveles educativos. Las cifras de la ECV, por lo tanto, hablan de la focalización de los subsidios, pero de una cobertura incompleta entre los hogares pobres. Los resultados son bastante similares si se hace la comparación tomando la educación del jefe del hogar, en lugar del nivel educativo de los beneficiarios. En este caso, el porcentaje de hogares en los que hay al menos un beneficiario del subsidio y cuyo jefe de hogar tiene solo primaria o ninguna educación es del 95 %, porcentaje que se reduce al 70 % entre los que no reciben subsidio.

Figura 25

Comparación del nivel de educación de los hogares beneficiarios y no beneficiarios



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

Para evaluar las condiciones de vida de los beneficiarios de Colombia Mayor, es útil examinar las características de las familias y de las viviendas de los hogares con al menos una persona mayor que recibe subsidio y compararlas con las de aquellos hogares que presentan condiciones socioeconómicas similares, pero donde ninguna persona mayor recibe el subsidio. Con este propósito se decidió tomar como grupo de control las familias donde el jefe de hogar haya alcanzado, como máximo, la básica primaria y que no recibe el beneficio[30].

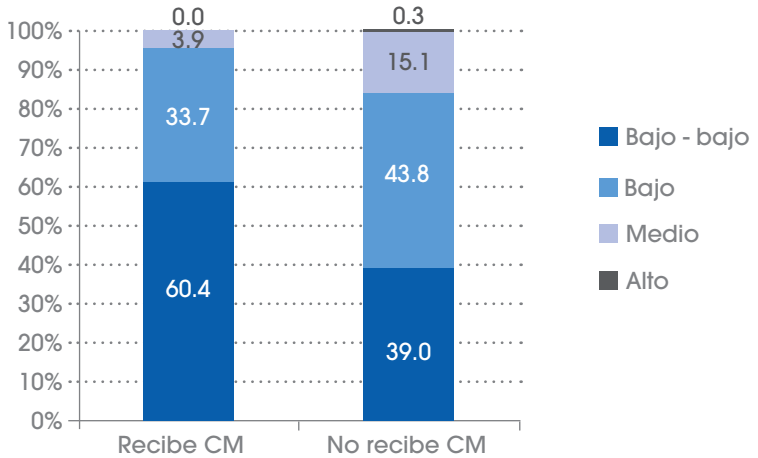
La focalización del programa Colombia Mayor se refleja en el estrato socioeconómico de los hogares que reciben el subsidio, de los cuales el 60 % pertenecen al estrato bajo-bajo, en comparación con el 39 % del grupo de control que no recibe beneficios.

Los criterios de asignación de los beneficios de Colombia Mayor son equiparables a los de la afiliación al régimen subsidiado de Seguridad Social en Salud. Como era de esperarse, más del 95 % de los beneficiarios de Colombia Mayor pertenecen al régimen subsidiado, mientras solo un 55 % de los que no reciben subsidio pertenecen a ese régimen (Figura 26).

Figura 26

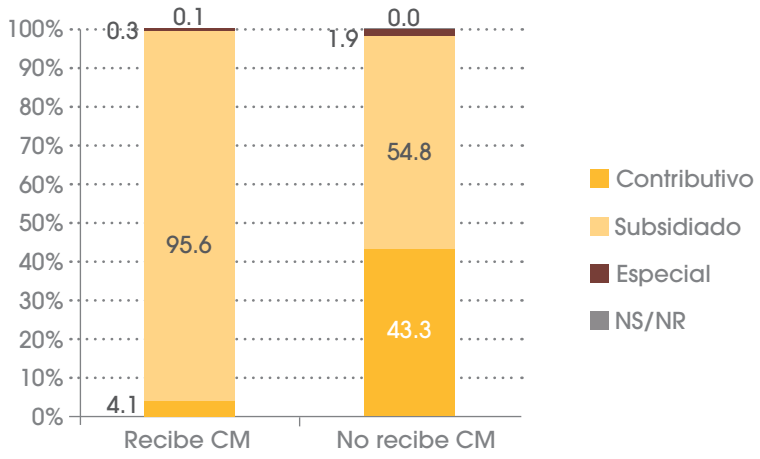
Distribución de las personas mayores con educación inferior a primaria completa según estrato socioeconómico y régimen de salud: beneficiarios frente a no beneficiarios de Colombia Mayor

A) Estrato socioeconómico de la vivienda



30 Se tomó como referencia la educación del jefe de hogar y no de la persona mayor, dado que la mayor parte de las variables a comparar vienen dadas por el hogar, por lo que la condición del jefe es más indicativa del nivel socioeconómico del hogar.

B) Afiliación al régimen de salud



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

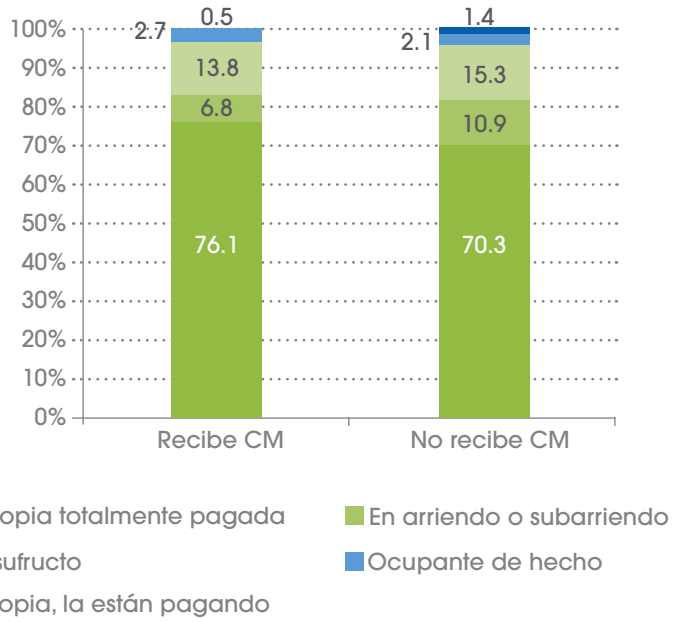
En cuanto a la posesión de vivienda, llama la atención el hecho de que tanto en los hogares donde hay beneficiarios de Colombia Mayor como en el grupo de control, los porcentajes con vivienda propia son muy altos[31]. Aún más llamativo es el hecho de que esos porcentajes son mayores (76 %) en los hogares con beneficiarios de Colombia Mayor que en los del grupo de control en el que no hay beneficiarios (70 %). Aunque a primera vista este resultado pareciera ser contradictorio, las diferencias entre grupos son estadísticamente significativas a un nivel de confianza del 95 % y, como veremos más adelante en el *capítulo sobre Ahorro e inversión para la vejez*, se ratifica de manera clara en los análisis de tipo cualitativo con grupos focales. La explicación posiblemente radica en el hecho de que la población pobre en Colombia, que en este ejercicio aproximamos mediante los hogares cuyo jefe no alcanza la educación primaria completa, suele ser propietaria de una vivienda que se vio forzada a autoconstruir, precisamente porque, al no contar con ingresos mensuales estables, carece de capacidad para pagar un arriendo. Este grupo de hogares tampoco accede al sistema financiero. De hecho, el porcentaje de hogares que reportan estar pagando la vivienda (presumiblemente al sistema financiero) son apenas el 0.5 % del total entre los que son beneficiarios de Colombia Mayor y un 1.4 % en el grupo de

31 La vivienda propia se refiere al hogar, y no necesariamente implica que la propiedad sea de la persona mayor.

control (Figura 27). Camargo y Hurtado (2011) señalan el gran peso que tiene el mercado informal de vivienda en ciudades como Bogotá, lo que hace que puedan existir hogares propietarios mucho más pobres que hogares arrendatarios en el mercado formal. Las autoras también encuentran, con base en la ECV del 2007, que la población más pobre accede a lotes en asentamientos irregulares o a arrendamientos en condiciones precarias por la imposibilidad de acceder al sistema financiero y obtener una vivienda formal.

Figura 27

Distribución de los hogares, en los que el jefe de hogar tiene educación inferior a primaria completa (discriminado según arriendo o propiedad de la vivienda)



Nota: la columna de la izquierda ilustra la distribución en hogares beneficiarios; mientras que la columna de la derecha lo hace para aquellos hogares no beneficiarios de Colombia Mayor.

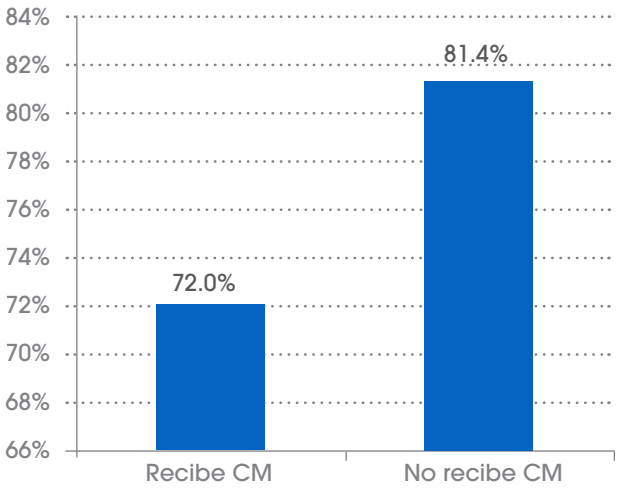
Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

La hipótesis previa es corroborada por el hecho de que, si bien una proporción muy alta de los hogares beneficiarios de Colombia Mayor reporta tener vivienda propia, esa propiedad no está respaldada por escrituras: solo el 72 % tiene vivienda con escritura a nombre de un miembro del hogar, en comparación con un 81 % reportado por los hogares que no tienen beneficiarios (Figura 28).

Esto sugiere que las viviendas propias de los hogares beneficiarios corresponden en mayor grado a viviendas autoconstruidas y no legalizadas, a mayores niveles de pobreza y menor calidad de las viviendas.

Figura 28

Distribución de las personas mayores con educación inferior a primaria completa según tenencia de escrituras a nombre de un miembro del hogar: beneficiarios frente a no beneficiarios de Colombia Mayor



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

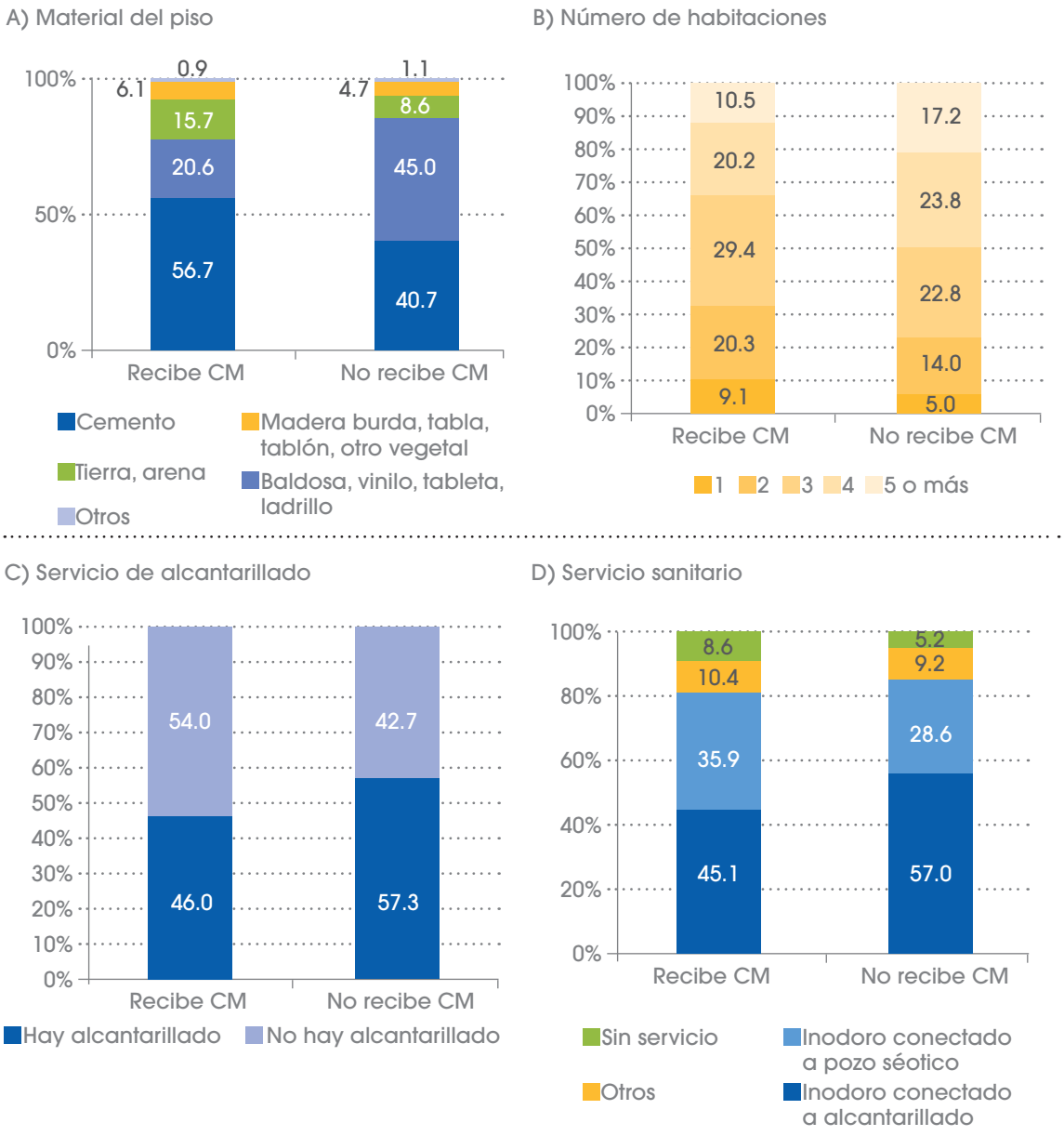
Lo anterior se refleja también en las condiciones físicas de las viviendas. El material del piso de las viviendas de los hogares con personas mayores beneficiarias está mayormente compuesto por tierra o cemento, mientras que en el grupo de control el material predominante es baldosa y tableta, reflejo de unas mejores condiciones de habitabilidad[32] (Figura 29, panel A). También se observa que la vivienda de los hogares con personas mayores beneficiarias tiene, en promedio, un menor tamaño que la de los hogares con personas mayores no beneficiarias, con una mayor participación de viviendas de una, dos y tres habitaciones dentro del total (panel B). En términos de alcantarillado, solo el 46 % de los hogares beneficiarios cuenta con este servicio, porcentaje que se incrementa

32 También se encontró que en las paredes de los hogares beneficiarios priman materiales de baja calidad, como el bahareque, la tapia pisada o la madera burda, en detrimento del ladrillo y la madera pulida.

hasta el 57 % en el grupo de control, diferencias que se reflejan en la calidad del servicio sanitario registrada en cada tipo de hogar (panel d).

Figura 29

Distribución de las personas mayores con educación inferior a primaria completa según características de la vivienda: beneficiarios frente a no beneficiarios de Colombia Mayor

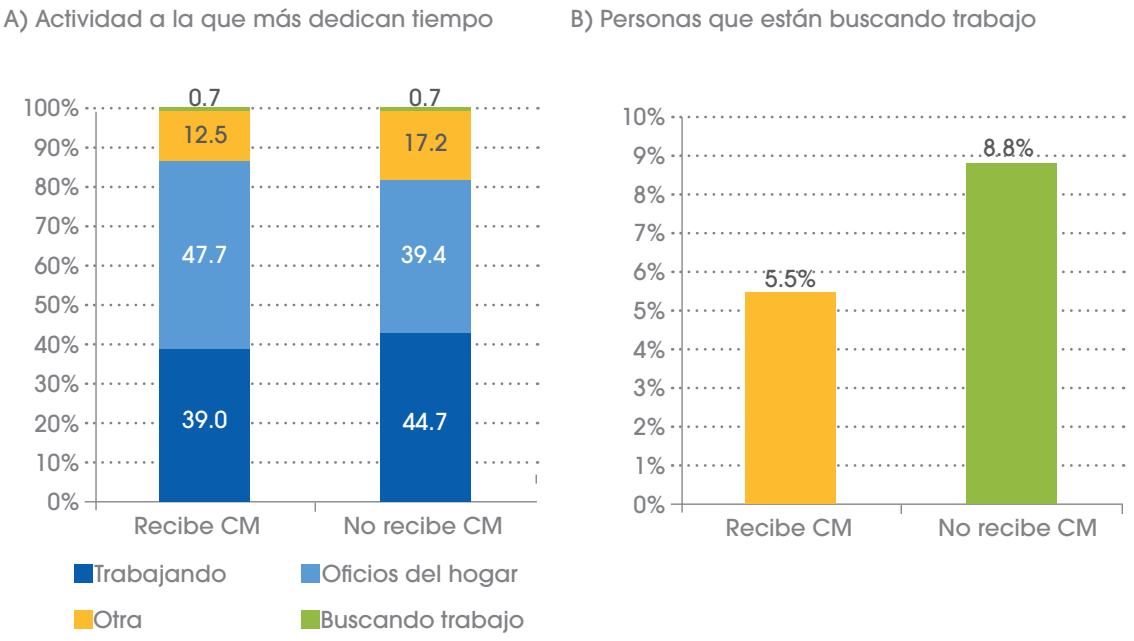


Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

Los resultados de las encuestas también pueden arrojar luces sobre la hipótesis de Bosch et al. (2013), en el sentido que el otorgamiento de pensiones no contributivas reducen la oferta laboral de los beneficiarios. Para esto se recurre a la información de la ECV sobre el uso del tiempo de las personas mayores, y se encuentra que los que no reciben subsidio dedican en promedio más tiempo a trabajar (44.7 %) que los beneficiarios (39 %), que lo dedican más a los oficios del hogar (Figura 30, panel A). También hay diferencias en los porcentajes de las personas que afirman estar buscando trabajo remunerado (Figura 30, panel B): 5.5 % para las personas mayores beneficiarias y 8.8 % para las que no lo son. Si bien las cifras reflejan la muy baja participación laboral de este segmento de la población, las diferencias en ambos grupos son significativas al 95 % de confianza.

Figura 30

Distribución de las personas mayores con educación máxima primaria completa según actividad: beneficiarios frente a no beneficiarios de Colombia Mayor



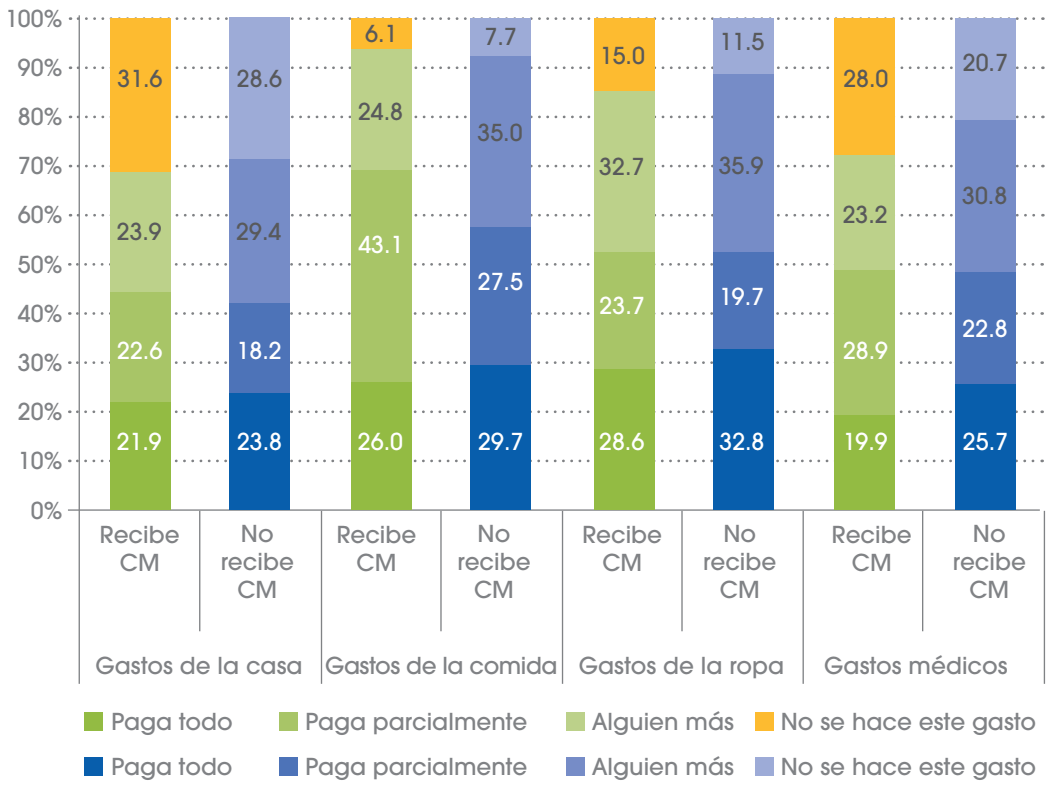
Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

Finalmente, las condiciones de vida obtenidas de la ECV se pueden complementar analizando los patrones de gasto de ambos tipos de hogares, que se obtienen de la encuesta de Demografía y Salud (ENDS 2010) generando un grupo de control con la misma metodología que en el ejercicio con la ECV 2013. Se compararon los hogares con adultos de 60 años o más que recibieron el subsidio de Colombia Mayor y con un nivel máximo de escolaridad del jefe del hogar de básica primaria, con los hogares de las mismas características pero que no fueron beneficiarios del subsidio.

Con el fin de determinar si el subsidio de Colombia Mayor influye en la asignación de gastos dentro del hogar y a la vez si el ingreso recibido puede tener algún efecto en la mejora de las condiciones económicas del hogar, la Figura 31 compara los patrones de gasto de los hogares con personas mayores donde al menos uno recibe subsidio con los hogares con personas mayores y características socioeconómicas comparables (jefe de hogar sin primaria completa) donde no hay beneficiarios. Los gastos se dividen en cuatro categorías: gastos de la casa, de comida, de ropa y costos de atención médica. Los encuestados podían responder que asumían ese costo ya fuera parcial o totalmente, que alguien más lo hacía, o que en su hogar no se presentaba ese tipo de gasto. En los casos en los que en un mismo hogar hubiera dos o más beneficiarios, este se contaba dos veces, ya que la pregunta es individual. En general no se observan diferencias significativas en los patrones de gasto de los dos grupos en las categorías de casa, ropa y atención médica, a excepción de que en una mayor proporción de los hogares beneficiarios no se asume ese tipo de gastos. Donde sí se observa una diferencia considerable es en el gasto en comida: cerca del 70 % de las personas mayores en los hogares beneficiarios contribuye a este gasto, porcentaje que se reduce al 55 % en el grupo de control. Esto sugiere que los ingresos de Colombia Mayor son destinados a los gastos de comida en el hogar.

Figura 31

Distribución de las personas mayores con educación inferior a primaria completa según participación en el pago de gastos en el hogar: beneficiarios frente a no beneficiarios de Colombia Mayor



Fuente: Elaboración propia con base en la ENDS (2010).

En general, los resultados de esta sección a partir del análisis de las encuestas de hogares confirman los patrones expuestos en las secciones anteriores sobre las características de los pensionados y los cotizantes.
Se destaca la baja cobertura del sistema pensional en términos del porcentaje de la población ocupada que cotiza y del porcentaje de personas mayores que reciben pensión. Los resultados evidencian, además, las grandes diferencias de cobertura entre hombres y mujeres, áreas urbanas y rurales y niveles educativos. Otro resultado llamativo es el hecho de que, entre las personas con alto nivel educativo, la cobertura pensional es mayor para las mujeres que para los

hombres, situación inversa para los niveles educativos inferiores. Por último, **la ausencia de incentivos para cotizar y las respuestas sobre las motivaciones que podrían persuadir a la población de cotizar evidencian la falta de educación financiera y previsional de los colombianos.**

En cuanto a la población beneficiaria de Colombia Mayor, el programa está focalizado en la población más pobre y vulnerable. Frente al interrogante sobre el efecto que pudieran tener los subsidios de Colombia Mayor en la oferta laboral de los beneficiarios, las diferencias entre grupos son significativas pero pequeñas en magnitud: el ingreso que reciben los beneficiarios es tan exiguo, que no altera la decisión de salir a trabajar o de no hacerlo. Por último, el patrón de gastos de los hogares donde hay beneficiarios del programa Colombia Mayor sugiere que estos contribuyen en el hogar con el gasto en comida. Esta hipótesis puede ser completada con base en la investigación cualitativa de esta investigación.

2.7. Recomendaciones de política pública

El sistema pensional colombiano necesita con urgencia una reforma estructural: no ha sido capaz de resolver los problemas de inequidad y de baja cobertura, y es inconsistente con las características de la fuerza laboral colombiana.

Aunque el fracaso del régimen pensional contributivo es parcialmente compensado por la existencia de un programa no contributivo como Colombia Mayor y de otros sistemas complementarios como los BEPS, los diferentes componentes de la política pública orientados a las personas mayores no actúan de forma complementaria ni son considerados parte de un mismo sistema, lo que ha impedido pensar en una estrategia integrada de protección económica para la vejez en Colombia. Todos los sistemas de protección para las personas mayores deben ser integrados en un solo sistema de protección social que logre suavizar el consumo a lo largo del ciclo de vida de las personas y reducir la pobreza persistente de este grupo de población en el país.

La extremadamente baja cobertura y las grandes inequidades del sistema pensional colombiano exigen un trabajo urgente y simultáneo en varios frentes y que permitan enfrentar esos problemas sin generar problemas de sostenibilidad

financiera y fiscal**. Hoy en día hay en Colombia poco más de 5 millones de personas de 60 años o más y las cifras administrativas indican que el número de pensiones es del orden de 1.5 millones. Así, aproximadamente 3.5 millones de personas mayores carecen de un sistema de apoyo económico estructurado para su vejez**. Las encuestas de hogares estudiadas en este capítulo sugieren que la cobertura de pensiones se acerca al 23 %, considerablemente por debajo del 30 % implícito en las cifras administrativas, lo que implica que menos de uno de cada cuatro personas mayores en Colombia recibe pensión. El caso es más dramático para las mujeres mayores, que de acuerdo con esas encuestas solo tienen pensión en un 15 % de los casos (aproximadamente una de cada siete), y en las zonas rurales, donde menos del 10 % de las personas mayores recibe una pensión. Peor aún, con base en el modelo pensional de Asofondos, este problema será mucho más grave en el futuro si no se adelanta con urgencia una reforma de envergadura que además tenga en cuenta y trate de corregir los altos niveles de informalidad laboral imperantes en el país. La fase final de la transición demográfica en la que el país está entrando implica que el porcentaje de personas mayores dentro de la población total sea mucho más alto y que los 5 millones de hoy se conviertan en cerca de 15 millones de personas en el año 2050. **Con los parámetros actuales del sistema pensional, el porcentaje de personas mayores con acceso a pensión muy probablemente se reducirá: si en la actualidad no reciben pensión cerca de 3.5 millones de personas mayores, en el 2050 ese número podría acercarse a los 12 millones.**

El problema pensional debe enfrentarse desde varios flancos. Es indispensable que el sistema pensional sea consistente con el proceso de envejecimiento de la población, que reconozca que la esperanza de vida de los colombianos ha aumentado y lo seguirá haciendo en las próximas décadas, y que por lo tanto las edades de jubilación deben ajustarse. Ningún sistema pensional puede ser sostenible si el número de años en los que debe cubrir pensiones aumenta, pero no lo hace a la par el número de años en los que recibe cotizaciones. La edad de pensión debería estar atada de manera automática a la expectativa de vida de la población, como lo sugieren Barr y Diamond (2010) en sus guías para una reforma pensional.

La igualdad de las condiciones de acceso por sexo a una pensión es un punto fundamental de la reforma de fondo del sistema. Las proyecciones de cobertura muestran la condición de desventaja de las mujeres para cotizar y obtener una pensión según los parámetros actuales del sistema pensional. Estas desventajas obedecen a tres razones: en primer lugar, deben acumular el mismo capital que los hombres, pero cuentan con cinco años menos de etapa activa (la edad establecida para pensionarse es de 57 años para las mujeres y de 62 años para los hombres). Así, las mujeres que quieren seguir trabajando y que tienen tasas de reemplazo (relación pensión-salario) bajas, pueden verse forzadas a retirarse por el solo hecho de haber cumplido la edad estipulada por el sistema. En segundo término, la menor densidad de cotización, consecuencia de factores diferenciales como la maternidad, reduce el monto de las cotizaciones y los beneficios pensionales, a lo que se suma el hecho de que las mujeres tienen en promedio menores niveles salariales, incluso en trabajos comparables. Tercero, dado que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, el cálculo de los beneficios por parte del RAIS las castiga, pues el ahorro se divide en un mayor número de años. Estos factores reducen la prestación pensional para las mujeres y terminan por excluirlas de los mecanismos de protección a la vejez. Una urgente recomendación de política, entonces, sería la de avanzar gradualmente hacia la eliminación –o la reducción, al menos– de las diferencias por sexo en las edades de jubilación. Una medida complementaria sería el otorgamiento de un bono pensional que compense a las mujeres por su papel de madres y que consistiría en que por cada hijo se les reconozca un determinado número de semanas de cotización, como se aplica actualmente en Chile (Acuña, 2015).

Sin perjuicio de los ajustes que necesariamente deben hacerse al sistema pensional, los altos niveles de informalidad laboral que caracterizan a Colombia, con las consiguientes bajas densidades de cotización pensional, hacen todavía más evidente, si cabe, la urgencia de fortalecer los esquemas no contributivos y asistenciales para las personas mayores de bajos recursos económicos, condición necesaria para que muchas de ellas salgan de la pobreza y la indigencia. El replanteamiento y consolidación de programas como Colombia Mayor es una prioridad, y en ese proceso debe considerarse no solo la ampliación de la cobertura, sino el incremento de los montos por persona. Aprovechando la apropiada focalización que ya tiene el subsidio hacia la población mayor

más vulnerable, sería conveniente aumentar el 0.14% del PIB que actualmente se destina a Colombia Mayor, a niveles más acordes con los estándares latinoamericanos, del orden del 0.4% del PIB. Filgueira y Espíndola (2015) estiman que para que el subsidio de Colombia Mayor cubra a todas las personas mayores en condiciones de vulnerabilidad, el gasto debería ascender al 0.21% del PIB. A esto debe sumarse una mayor conciencia de los entes territoriales frente al envejecimiento de su población, y esta conciencia, a su vez, debería propiciar un aumento del subsidio por persona. Si esto se hiciera realidad, los niveles de pobreza de las personas mayores del país, que son bastante más altos que los del resto de la población, disminuirían significativamente.

Un elemento positivo para el futuro del sistema de apoyo económico a la vejez es la disponibilidad de los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS). Este programa voluntario, que no tiene la restricción de la pensión mínima, tiene la capacidad de dar acceso a la población informal, ya sea de clase media o de bajos ingresos, que en este momento está quedando excluida del régimen contributivo. En este sentido, los BEPS pueden complementar los esquemas puramente asistencialistas, como el contemplado en el programa Colombia Mayor. Los BEPS, por otra parte, fueron concebidos también como un mecanismo de ahorro para la vejez a través de microcuentas para las personas que se encuentran en la informalidad. Sin embargo, las múltiples deficiencias de su diseño hacen pensar que es poco probable que conduzca a la solución de los problemas.

Es crucial repensar ese esquema de ahorro en el contexto de una necesidad más general y con un aporte de los subsidios estatales de más peso. Infortunada y paradójicamente, los estímulos que hoy existen en Colombia al ahorro voluntario para la vejez se concentran en las personas de más altos ingresos que, por hacer esos ahorros, obtienen beneficios tributarios. Extender con subsidios los incentivos al ahorro voluntario para las personas de menores ingresos puede ser una buena solución y una alternativa más eficaz que la reglamentada en Colombia para el ahorro a través de microcuentas para BEPS. En este contexto habría que hacer una clara distinción entre los mecanismos de apoyo para la población urbana y la rural, donde se concentran de manera particularmente grave la pobreza extrema y la ausencia de educación.

Es indispensable mencionar que si bien las políticas planteadas a lo largo de este capítulo son fundamentales para mejorar la cobertura del sistema previsional

y hacerle justicia a las perspectivas de las personas mayores para las próximas décadas, ello solo será viable y sostenible en la medida en que simultáneamente se avance en dos frentes cruciales de política pública. El primero, en una reforma urgente y de envergadura no solo del sistema pensional, sino también del mercado laboral, condición necesaria para que efectivamente disminuyan los altos niveles de informalidad. También es importante combatir con mayor vehemencia la evasión contributiva, ya que esta contribuye sustancialmente a los bajos niveles de cobertura del sistema y pone en riesgo la sostenibilidad financiera en el futuro. De acuerdo con Gómez Sabaini et al. (2014), la evasión contributiva puede reducirse mejorando la relación entre lo que aportan los trabajadores y los beneficios que obtienen de los esquemas pensionales. También es importante mejorar la administración de los sistemas para identificar a los que no cumplen con sus obligaciones, así como reducir los costos de cumplimiento que deben afrontar los contribuyentes, entre otros. Cabe aclarar que desde el 2007 el país viene haciendo esfuerzos en materia de control de la evasión mediante la creación de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), entidad que ha logrado importantes avances en este sentido. El segundo frente crucial de política pública consiste en mejorar los niveles de educación financiera de la población colombiana, a los que nos referimos en el *capítulo sobre Ahorro e inversión para la vejez*.

2.8. Referencias bibliográficas

Acuña, R. (2015). *Cómo fortalecer los sistemas de pensiones latinoamericanos.* Experiencias, lecciones y propuestas. Tomo I. Santiago de Chile: sura Asset Management.

Arias, M. y Mendoza, J. C. (2009). *Un modelo de simulación del Régimen Pensional de Ahorro Individual con Solidaridad en Colombia.* Reporte de estabilidad financiera. Bogotá: Banco de la República.

Barr, N. y Diamond, P. (2010). P*ension reform: A short guide.* Nueva York: Oxford University Press.

Barrientos, A. (2005). *Non-contributory pensions and poverty reduction in Brazil and South Africa.* Manchester: idpm, University of Manchester.

Barrientos, A. (2013). The rise of social assistance in Brazil. *Development and Change,* 44(4), 887-910.

Barrientos, A. y Lloyd-Sherlock, P. (2012). *Pensions, poverty and wellbeing: The impact of pensions in South Africa and Brazil, a comparative study.* Londres: HelpAge International.

Bosch, M. (2015). *Comentarios al OECD economic survey: Colombia.* En Seminario Académico organizado por Fedesarrollo, la Universidad de los Andes y la OECD, Bogotá, Colombia.

Bosch, M. y Guajardo, J. (2012). *Labor market impacts of non-contributory pensions: The case of Argentina's moratorium* (No. IDB-WP-366). idb Working Paper Series.

Bosch, M. Melguizo, Á. y Pages, C. (2013). *Mejores pensiones, mejores trabajos: hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe.* Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Brockerhoff, S. (2013). *A review of the development of social security policy in South Africa: Monitoring the progressive realization of socio economic rights project. Studies in Poverty and Inequality Institute (SPII)* Working Paper, 6.

Ilo.org. (2012). *La recomendación sobre los pisos de protección social.* Recuperado de: http://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_222053/lang--es/index.htm

Camargo Sierra, A. P. y Hurtado Tarazona, A. (2013). *Vivienda y pobreza: una relación compleja. Marco conceptual y caracterización de Bogotá.* Cuadernos de Vivienda y Urbanismo, 4(8), 224-246.

Case, A. y Deaton, A. (1998). *Large cash transfers to the elderly in South Africa. The Economic Journal,* 108(450), 1330-1361.

Cecchini, S. y Martínez, R. (2012). *Inclusive social protection in Latin America: A comprehensive, rights-based approach.* Nueva York: United Nations.

Cepal. (2010). *La hora de la igualdad. Brechas por cerrar, caminos por abrir.* Santiago de Chile: Cepal.

Cepal. (2014). *Proyecciones de población. Observatorio Demográfico 2013.* Santiago de Chile: Cepal.

Cerutti, P., Fruttero, A., Grosh, M., Kostenbaum, S., Oliveri, M. L., Rodríguez Alas, C. P., Strokova, V. (2014). *Social assistance and labor market programs in Latin America: methodology and key findings from the social protection database.* Social protection and labor discussion paper No. 1401. Washington, D.C.: World Bank Group.

Chacón, P., De Souza, W. M. y Valverde, F. D. (2006). *Viabilidad de las pensiones no contributivas en el Perú. Proyecciones demográficas y financieras.* Lima: Oficina Subregional de la Organización Internacional para el Trabajo para los Países Andinos.

Clavijo, S., Vera, A., Malagón, D., Vera, N. y Cabra, M. (2013). *El pasivo pensional en Colombia.* Bogotá: anif.

De Carvalho Filho, I. E. (2008). *Old-age benefits and retirement decisions of rural elderly in Brazil.* Journal of Development Economics, 86(1), 129-146.

DNP. (2003). El nuevo papel del Fondo de Solidaridad Pensional. Conpes Social, 70. Bogotá: DNP.

Filgueira, F., y Espíndola, E. (2015). *Hacia un sistema de transferencias monetarias para la infancia y los adultos mayores: una estimación de impactos y posibilidades fiscales en América Latina.* Santiago de Chile: Cepal.

Gómez Sabaini, J. C., Cetrángolo, O., y Morán, D. (2014). *La evasión contributiva en la protección social de salud y pensiones: un análisis para la Argentina, Colombia y el Perú.* Serie Políticas Sociales 208. Santiago de Chile: Cepal.

Goñi, E., López, J. H., y Servén, L. (2011). *Fiscal redistribution and income inequality in Latin America.* World Development, 39(9), 1558-1569.

Holzman, R. (2013). *Sistemas de pensiones en el mundo y sus reformas: factores, tendencias y desafíos mundiales.* Revista Internacional de Seguridad Social, 66(2), 1-34.

Huenchuan, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: La hora de avanzar hacia la igualdad.* Santiago de Chile: Cepal.

Kassouf, A. L. y De Oliveira, P. R. (2012). *Impact evaluation of the brazilian non-contributory pension program Benefício de Prestação Continua (BPC) on family welfare.* Quebec: Partnership for Economic Policy Working Paper.

Lasso, F. (2011). *La dinámica del desempleo urbano en Colombia.* Borradores de Economía, 667.

Llanes, M. C. y Alonso, J. (2010). *Confianza en el futuro: propuestas para un mejor sistema de pensiones en Colombia.* En Las reformas de los sistemas de pensiones en Latinoamérica. Madrid: Editorial BBVA.

Llano, J., Cardona, J., Guevara , N., Casa, G., Arias, C. y Cardozo, F. (2013). *Movilidad e interacción entre regímenes del Sistema General de Pensiones colombiano.* Informes de Seguimiento Fiscal 03. Bogotá: Dirección de Regulación Económica de la Seguridad Social.

Lloyd-Sherlock, P., Saboia, J. y Ramírez-Rodríguez, B. (2012). *Cash transfers and the well-being of older people in Brazil.* Development and Change, 43(5), 1049-1072.

López, H. y Lasso, F. (2012). *El mercado laboral y el problema pensional colombiano.* Borradores de Economía, 736.

Matijascic, M. y Kay, S. J. (2014). *The Brazilian pension model: The pending agenda.* International Social Security Review, 67(1), 71-93.

Mesa-Lago, C. (2013). *La re-reforma de pensiones en Chile.* Organización Internacional del Trabajo. Revista Trabajo, 10, 55-75.

Ministerio de Trabajo. (2014). *Informe de actividades al Congreso 2013-2014.* Recuperado de: www.mintrabajo.gov.co/.../1283-informe-congreso-2013-2014-.html

Moller, L. C. (2012). *Fiscal policy in Colombia: Tapping its potential for a more equitable society.* World Bank Policy Research Working Paper, 6092.

Montenegro, S., Jiménez, L., Ramírez, S., Nieto, A. y Hurtado, C. (2013). Distribución de ingresos en el sistema pensional y el impacto de algunas medidas de flexibilización (No. 011461). Documentos cede 32. Bogotá: Universidad de los Andes.

Núñez J. y Castañeda C. (2012), *Retos del sistema pensional colombiano: Nueva evidencia utilizando información de la pila.* Consultoría para el Banco Mundial. Mimeo.

OECD (2015). *OECD economic surveys: Colombia 2015, OECD Publishing.* Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-col-2015-en

Olivera, J. y Zuluaga, B. (2014). *The ex-ante effects of non-contributory pensions in Colombia and Peru.* Journal of International Development, 26(7), 949-973.

Novella, R. y Olivera, J. (2014). *Mental retirement and non-contributory pensions for the elderly poor in Peru.* KU Leuven-Center for Economic Studies Discussion Paper Series DPS14, 5, 1-32.

Oosthuizen, M. (2012). *The impact of South Africa's state old-age pension.* Poverty in Focus, International Policy Centre for Inclusive Growth, 25.

Riaño, G., López, E., Borrero, L., Varela, M., Barrios, J., Lemus, E., Lambuley S. y Medina, M. (2013). *El sistema pensional colombiano: muchas reformas, pocas soluciones.* Economía Colombiana, 338.

Robles Farías, C. (2013). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Chile.* Santiago de Chile: Cepal.

Rofman, R., Apella, I. y Vezza, E. (2013). *Más allá de las pensiones contributivas: catorce experiencias en América Latina.* Buenos Aires: Banco Mundial.

Santamaría, M., Steiner, R., Botero, J., Martínez, M., Millán, N., Arias, M. y Schutt, E. (2010). *El sistema pensional en Colombia: retos y alternativas para aumentar la cobertura.* Bogotá: Fedesarrollo.

Santamaría, M. y Piraquive G. (2013). *Evolución y alternativas del sistema pensional en Colombia.* Archivos de Economía, 398, 1-61.

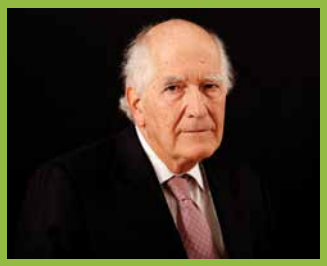
Schwarzer, H. y Querino, A. C. (2002). *Non-contributory pensions in Brazil: The impact on poverty reduction.* Social Security Policy and Development Branch. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---sec_soc/documents/publication/wcms_079061.pdf

Vaca J. C. (2013), *Sistema pensional colombiano: ¿fuentes de igualdad o desigualdad?* Coyuntura Económica, XLIII(1), 37-66.

Villar, L., Malagón, J., Vaca y Ruiz, C. (2013). *Experiencia de Colombia. En Contribución del sistema privado de pensiones al desarrollo económico de Latinoamérica.* Bogotá: sura Asset Management.

Villar, L., Forero, D. y Becerra, A. (2015). *Colombia: una mirada desde la visión multipilar.* En R. Acuña, Cómo fortalecer los sistemas de pensiones latinoamericanos. Experiencias, lecciones y propuestas. Tomo II (p. 485). Santiago de Chile: sura Asset Management.

Woolard, I. y Leibbrandt, M. (2013). *The evolution and impact of unconditional cash transfers in South Africa.* En Annual World Bank Conference on Development Economics 2011: Development Challenges in a Post-Crisis World. Washington, D.C.: World Bank Publications.



3.

El mercado laboral y las personas mayores

Por Susana Martínez-Restrepo, Erika Enríquez,
María Cecilia Pertuz, Juan Pablo Alzate Meza

ISBN (Online)
978-958-59203-0-9

Contenido

3.1. Introducción 166

3.2. Marco teórico 168
3.2.1. La tasa de ocupación y el desempleo 168
3.2.2. La informalidad: cómo afecta la preparación económica para la vejez 171
3.2.3. Buenas prácticas: ¿cómo mejorar la preparación económica para la vejez? 177

3.3. Marco legal 180

3.4. Análisis y resultados: caracterización de las personas mayores en el mercado laboral colombiano 182
3.4.1. La actividad principal según el ciclo de vida 182
3.4.2. La tasa de ocupación laboral de las personas mayores 189
3.4.3. Número de horas que trabajan las personas mayores 200
3.4.4. La informalidad laboral de las personas mayores 207
3.4.5. El desempleo en las personas mayores 210
3.4.6. Los ingresos de las personas mayores 213
3.4.7. Los aportes de las personas mayores a sus hogares 222

3.5. Conclusiones e implicaciones de política 226

3.6. Referencias bibliográficas 229

3.1. Introducción

Uno de los principales retos que enfrentan las sociedades latinoamericanas es corregir sus altos niveles de inequidad. En Colombia, la desigualdad, en el acceso a la educación y al mercado laboral, sobre todo al formal[1], profundiza y perpetúa esas inequidades que, más adelante, se verán reflejadas en desigualdades en la protección durante la vejez. Bertranoud (2005, p. 54) señala que quienes tienen acceso a las mejores oportunidades durante su etapa laboral activa recibirán más y mejor protección en salud y pensiones, además de asegurarse la tenencia de activos (vivienda, por ejemplo). Adicionalmente, las personas mayores que estén más protegidas no tendrán la necesidad imperiosa de participar en el mercado laboral pasada su edad de jubilación.

En Colombia, más del 30 % de la población mayor de 60 años y el 7 % de la población de más de 80 aún trabaja (Cotlear, 2011)[2]. Esta cifra contrasta con el porcentaje de trabajadores entre 65 y 69 años de los países de la Unión Europea, que solo llega al 11.1 % (Eurofound, 2013). Aunque algunas personas mayores trabajan por el gusto de hacerlo, especialmente los profesionales con altos niveles de calificación, muchas personas de menores ingresos deben hacerlo debido a la falta de pensiones y/o de ayuda familiar. En efecto, como se discute en el *capítulo de Protección económica* de este informe, oficialmente se estima que en Colombia solo el 30 % de la población de 60 años o más recibe algún tipo de pensión contributiva, porcentaje que se reduce a poco más del 23 % si se tiene como fuente la Encuesta de Calidad de Vida del 2013[3]. Diversos estudios muestran, además, que debido a los altos niveles de informalidad, y en las condiciones actuales, el porcentaje de los trabajadores que podrá cumplir con los requisitos para recibir una jubilación se reduciría sustancialmente en las próximas décadas (Fedesarrollo, 2013).

1 Existen dos definiciones de informalidad, la legal o de las características de los empleos (no tener contrato ni acceso a prestaciones de salud y de pensiones) y la productiva (según el número de personas que trabajan en una empresa). Para los análisis descriptivos de este estudio se usa la definición del DANE, que cae dentro del segundo grupo: 1. Empleados particulares y obreros que trabajan en establecimientos, negocios o empresas que ocupen hasta cinco personas en todas sus agencias y sucursales, incluyendo al patrono y/o socio; 2. Los trabajadores familiares sin remuneración; 3. Los trabajadores sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares; 4. Los empleados domésticos; 5. Los jornaleros o peones; 6. Los trabajadores por cuenta propia que trabajan en establecimientos hasta con cinco personas, excepto los independientes profesionales; 7. Los patrones o empleadores en empresas de cinco trabajadores o menos; 8. Se excluyen los obreros o empleados del Gobierno.

2 Cotlear (2011) también encontró que las personas mayores trabajan el 80 % de las horas que trabaja en promedio la población más joven.

3 Ver una discusión sobre cobertura pensional en el *Capítulo de Protección económica* de este reporte, Las cifras oficiales basadas en pago de pensiones por parte Colpensiones y las AFP ubican la cifra en 30 %. La Encuesta de Calidad de Vida de 2013 indica que esa cifra podría ser apenas de 19 %. Estudios como el de Cotlear sugieren que el porcentaje de mayores con pensión podría ser apenas de 14 % (Cotlear, 2011, p. 115).

El objetivo de este capítulo es estudiar las características del mercado laboral de las personas mayores y ver qué tan preparadas están económicamente para enfrentar la vejez quienes lleguen a los 60 años de edad en los próximos 20 años. ¿Qué diferencias hay entre los subgrupos de la población, principalmente cuando se discrimina por sexo, nivel socioeconómico y población rural y urbana? ¿Cuál es el comportamiento del ingreso laboral, no laboral y por concepto de pensiones a lo largo del ciclo de la vida? ¿Cuáles son las diferencias en la composición del ingreso entre los subgrupos de la población?

Para caracterizar el mercado laboral de las personas mayores se usa la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) del 2013. Este análisis incluye la participación laboral, el número de horas trabajadas, las tasas de informalidad, el desempleo y los ingresos[4]. En este estudio se considera como población mayor aquella de 60 años o más, y se observan las características laborales de los grupos de 60-69 y de 70 años o más[5]. Debido a la falta de observaciones después de los 70 años y sobre todo de los 80, se considera la categoría de 70 o más, que incluye personas entre los 70 y hasta los 100 años.

Con el fin de analizar la situación laboral de quienes alcanzarán la edad de jubilación en los próximos 20 años, también se incluyen cohortes de edad más jóvenes: de 40 a 49 años y de 50 a 59. Este estudio toma las definiciones de informalidad, desempleo y participación laboral del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Este análisis incluye una mirada a la situación de las personas mayores y grupos etarios según sexo, áreas rural y urbana[6], estructura familiar y nivel educativo como *proxy* del nivel socioeconómico. La desagregación por sexo es fundamental, pues la participación laboral de las mujeres es menor que la de los hombres, sobre todo en las zonas rurales, donde trabajan menos horas y registran mayores índices de informalidad y desempleo. Al tener las mujeres una edad de jubilación más temprana (57 años) que la de los hombres (62 años), el tiempo de cotización es menor y esto dificulta aún más

4 Debido a que la variable de ingreso tiene muchas observaciones faltantes, se hace una imputación múltiple con variables relacionadas con el ingreso, como nivel socioeconómico, edad, sexo e informalidad, entre otras.

5 La decisión de trabajar solo con el grupo de 70 años o más obedeció a que en el mercado laboral no hay suficientes personas de 80 años o más para hacer un análisis estadístico descriptivo.

6 La ECV se divide en cabeceras (14 ciudades principales), centros poblados, inspección de policía o corregimiento y área rural dispersa. Para el propósito de este estudio, "urbano" se define como zonas de cabecera y centros poblados, y "rural" como áreas rurales dispersas.

su acceso a la pensión. Puesto que la estructura familiar determina en gran parte las decisiones laborales de las personas mayores, como *proxy* del nivel socioeconómico del hogar se utiliza el nivel educativo del jefe del hogar, que se dividió en cuatro categorías: ninguno, básica primaria, media y superior.

Este capítulo revisa el marco legal del mercado laboral de las personas mayores y la formalización, define las características de su participación en el mercado de trabajo, contempla el número de horas trabajadas, el empleo, el desempleo y la informalidad, los ingresos de las personas de 60 años o más y el aporte a sus hogares. El análisis se aplica por grupos etarios y por sexo, y a partir de los 40 años de edad. Al final del capítulo se plantean los desafíos que arroja el análisis de las personas mayores y el mercado laboral y se sugieren lineamientos de política pública.

3.2. Marco teórico

El objetivo de esta revisión de la literatura es determinar si las personas en Colombia se preparan económicamente o no para enfrentar la vejez. Con este fin, y en primera instancia, se estudian los conceptos básicos o definiciones de actividad económica, participación laboral, ocupación y desempleo, se exploran estos indicadores en Colombia y se comparan con los de América Latina y se establecen las diferencias por sexo. En segunda instancia se analizan la definición y los patrones de informalidad en el país, su relación con el salario mínimo y la movilidad entre sector formal e informal.

3.2.1. La tasa de ocupación y el desempleo

Para determinar qué tan preparados económicamente están los colombianos para la vejez, es importante entender cuáles son las tasas de ocupación y de desempleo en el país, y sus definiciones.

La tasa de ocupación[7] mide la relación porcentual entre la población ocupada (OC) y el número de personas que integran la población en edad de trabajar (PET). La población ocupada está constituida por las personas que se encuentran en una de las siguientes situaciones:

7 Como este estudio parte de las tasas de ocupación y desempleo, excluye de las definiciones la tasa global de participación.

1. Trabajó por lo menos una hora remunerada en dinero o en especie en la semana de referencia;
2. Los que no trabajaron en la semana de referencia, pero tenían un trabajo;
3. Trabajadores familiares sin remuneración, que trabajaron en la semana de referencia por lo menos una hora (DANE, 2013).

Conocer la tasa de ocupación de las personas en edad de trabajar y de la población mayor es crucial, ya que esto determina, en gran parte, la tenencia de activos –vivienda, ahorros– durante la vejez y, en caso de tener un trabajo formal, permite entender si los individuos podrán cumplir con los requerimientos en términos del número de semanas cotizadas para recibir una pensión. El solo hecho de tener un trabajo formal y cotizar para pensión no garantiza el acceso a esta (Fedesarrollo, 2013). Conocer la tasa de ocupación de las personas mayores es importante para definir qué porcentaje de las personas de 60 años o más está trabajando. La tasa de ocupación durante la vejez puede estar relacionada con factores como la educación, el nivel socioeconómico, el sexo y la necesidad de seguir trabajando porque no se tiene una pensión, activos o ayuda familiar (Cotlear, 2011).

La tasa de desempleo, según el DANE, es la relación porcentual entre las personas que están buscando trabajo –desocupados– y las que integran la fuerza laboral (PEA). La tasa de desempleo también es importante cuando se busca información acerca de la preparación económica para la vejez: por un lado, largos períodos de desocupación, en un empleo formal, afectan el número de semanas requeridas para cumplir los requisitos de jubilación; por otro, la tasa de desempleo, después de los 60 años, muestra qué porcentaje de la población mayor está buscando trabajo. De hecho, varios estudios señalan que quienes atraviesan largos períodos de desempleo, sobre todo después de los 50 años, son precisamente las personas que han hecho parte del mercado laboral formal (Cotlear, 2011).

3.2.1.1. El trabajo y la empleabilidad: ¿cómo afectan la preparación económica para la vejez?

Se estima que en promedio el 58 % de las personas en edad de trabajar está ocupada (ECV, 2013) y el 8.7 % está desempleada. Entre las ocupadas, el 48.7 % tiene un trabajo informal (Fedesarrollo, 2015). Es importante tener en cuenta que la

tasa de ocupación es menor en las mujeres que en los hombres, sobre todo en las zonas rurales, y que las mujeres también presentan mayores niveles de desempleo (Fedesarrollo, 2015). Además, varios estudios señalan que solo el 30 % de la población colombiana ocupada cotiza actualmente para pensión, y que de aquellos que cotizan menos del 30 % alcanzará a recibir su pensión. Los bajos niveles de ocupación formal y los altos niveles de desempleo e informalidad sugieren que gran parte de la población no podrá cumplir las condiciones de semanas cotizadas, de montos y de regularidad que les garanticen la obtención de una pensión en Colombia (Fedesarrollo, 2013).

En términos de tenencia de activos, la población del país no está preparada económicamente para la vejez: durante su vida adulta no ahorraron lo suficiente, y los que adquirieron finca raíz o lograron una vivienda propia autoconstruida tienen dificultades para convertir esos activos en recursos líquidos cuando los necesitan para la subsistencia diaria. De las personas mayores que no trabajan, solo el 9 % vive de otros ingresos provenientes de la renta o bancarios, mientras que casi la tercera parte depende de la ayuda de familiares. La falta de preparación económica para la vejez es aún más preocupante en el caso de las mujeres, tanto en las zonas rurales como cabecera: según diferentes estudios, cuando se las compara con los hombres, la tenencia de activos, tanto en tierras, como productivos y monetarios, es menor en las mujeres (Fedesarrollo, 2015). Las dificultades de acceso a fuentes de ingresos alternativas obligan a muchas personas mayores a seguir trabajando después de la edad de jubilación, no solo para cubrir sus necesidades sino las de sus familias. Se estima que el 30 % de la población colombiana mayor de 60 años está trabajando, y que la participación laboral es mayor en los hombres (45 %) que en las mujeres (16 %) (Cotlear, 2011). Este porcentaje contrasta con el de los trabajadores entre 65 y 69 años en los países de la Unión Europea: 11.1 % (Eurofound, 2013), lo que se relaciona con el hecho de que, en Colombia, solo el 14 % de las personas de 60 años o más recibe algún tipo de pensión contributiva (Cotlear, 2011, p. 115).

Para hacer frente a la inequidad en el acceso al sistema pensional, se han creado programas de pensiones no contributivas como Colombia Mayor[8], los cuales transfieren actualmente un monto que oscila entre $40.000 y

8 En este punto se aclara que a lo largo del documento se emplea el término pensiones no contributivas para referirse a subsidios económicos que se entregan a las personas mayores en Colombia. Si bien dichos subsidios no pueden ser legalmente considerados como pensiones, el uso de este término obedece a su amplia aceptación en la literatura económica.

$75.000 mensuales[9] a 1.200.000 personas mayores de nivel Sisbén 1 y 2[10] (ver *capítulo de Protección económica*). Algunos estudios sugieren que estas pensiones no contributivas pueden tener un alto impacto en la reducción de la pobreza y las desigualdades, y que constituyen un instrumento de reinserción social de quienes siempre han estado excluidos de los sistemas de seguridad social (Lustig y Pessino, 2013). En el caso de Colombia, sin embargo, el ingreso que reciben los beneficiarios por concepto de pensiones no contributivas es bajo, aunque su cobertura en términos de la población mayor vulnerable es relativamente alta[11].

3.2.2. La informalidad: cómo afecta la preparación económica para la vejez

Se estima que el 48.2 % de los trabajadores en Colombia son informales (Fedesarrollo, 2015). La informalidad en promedio es más alta en las mujeres (52 %) que en los hombres (46 %) (Fedesarrollo, 2014), y afecta más a los jóvenes de hogares pobres (98.4 % en jóvenes en el primer quintil de ingresos) y a las personas mayores de 50 años (81 %), que a las personas entre 18 y 50 años (Fedesarrollo, 2006). Esta situación es preocupante, pues incide directamente en el número de personas que cotizan y que logran cumplir con los requisitos para pensionarse, y por ende en la preparación económica de las personas para su vejez.

3.2.2.1. Definiciones de informalidad

Existen varias formas de medir y analizar la informalidad. Sus causas y consecuencias son tan diversas, que no hay consenso al respecto. Sus manifestaciones y expresiones varían de acuerdo a las condiciones de cada país; en algunos casos está más relacionada con la actividad de las empresas, y en otros con las condiciones de los trabajadores en el mercado laboral.

9 El valor depende de la distribución municipal de los recursos del programa.

10 Los criterios de priorización de los beneficiarios son: edad, nivel de Sisbén, minusvalía o discapacidad física o mental, personas a cargo, que vivan solos o no dependan económicamente de ninguna persona, que hayan perdido el subsidio al aporte en pensión por haber cumplido 65 años, que no tengan capacidad económica para seguir pagando al sistema; que hayan perdido el subsidio por traslado a otro municipio y que hayan solicitado en tiempo y forma la inscripción al programa en el municipio que les corresponde (Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, 2013).

11 De acuerdo con las cifras oficiales, los beneficiarios de Colombia Mayor representan el 25 % de las personas mayores en Colombia. En Latinoamérica, las pensiones no contributivas cubren entre el 10 % y el 60 % de las personas mayores fuera del sistema de pensiones contributivas (Dethier et al., 2010, citado en Galiani, Gertler y Bando [2014]).

El enfoque de informalidad centrado en las actividades económicas de las empresas es más común en los países desarrollados y se le conoce como economía subterránea o economía no observada. Schneider y Hametner (2013) indican que la economía subterránea comprende todas las actividades económicas de las empresas que, aunque son actividades legales, se adelantan por fuera del alcance de las autoridades de los gobiernos, como por ejemplo la subdelegación de las ganancias para evadir impuestos de renta. Los autores aclaran que este concepto no incluye actividades ilegales o criminales como el narcotráfico, el contrabando o el lavado de activos. Este enfoque se centra en la medición de dos aspectos: por un lado, en los salarios que las personas o empresas no declaran al Estado con el propósito de evadir mayores impuestos, común en sectores como la construcción y la agricultura; por otro, en el reporte parcial que hacen las empresas a las autoridades de los ingresos que perciben por sus actividades. Estas condiciones se presentan comúnmente en actividades comerciales como las tiendas de barrio, los bares o los restaurantes.

Schneider ha hecho mediciones de este tipo de economía informal, centrada en las empresas, para varias regiones del mundo, incluyendo Colombia. En Europa, este tipo de actividades en el año 2013 alcanzó a representar en promedio el 18.5 % de su Producto Interno Bruto. Los niveles más bajos se registraron en Suiza, con un 7.1 %, y los más altos en Bulgaria, con un 31.2 %.

Schneider y Hametner (2013) hicieron un estudio similar para Colombia en el periodo 1980-2012. Para estimar este valor utilizaron dos modelos: el primero dio como resultado un promedio del 45 % del PIB durante todo el período considerado, con valores más altos desde mediados de la década de los años ochenta (el máximo en 1987, con el 56 %) hasta mediados de los noventa, con una tendencia a la baja desde finales de siglo (mínimo en 2008: 36 %) y con otro ligero aumento durante la crisis financiera mundial del 2009. El segundo modelo muestra una tendencia creciente desde comienzos de la década de los años ochenta hasta finales del siglo XX; el nivel se mantiene durante la primera década del nuevo milenio y luego tiene también otro ligero aumento durante la crisis del 2009. Según este segundo modelo, el tamaño promedio de la economía sumergida es del 42 %; el valor más bajo (27 %) se da en 1981 y el máximo (53 %) en el año 2000. El estudio demuestra que las dimensiones y el impacto que el enfoque de informalidad, basado en la actividad económica de las empresas,

tiene en países como Colombia son mucho más altos en comparación con el promedio de los países europeos.

Como se mencionó, el segundo enfoque para medir la informalidad se centra en las condiciones y características de los trabajadores en el mercado laboral. La informalidad, según este enfoque, comprende a todos los trabajadores que son contratados por fuera de las normas legales en aspectos como el salario mínimo, afiliación a salud y pensiones, número de horas trabajadas y en general todas aquellas normas relacionadas con la calidad del empleo. La OECD define a esta informalidad como el conjunto de actividades de producción legales, voluntariamente disimuladas a las autoridades públicas con la finalidad de evitar lo siguiente: pagar impuestos a la renta, al valor agregado u otros impuestos; pagar contribuciones sociales; ajustarse a algunas normas jurídicas, como el salario mínimo o la cantidad máxima de horas de trabajo o las normas en seguridad y salud (Williams y Lansky, 2013). Esta es la que clásicamente se denomina economía informal. Aunque ambos enfoques tienen efectos y repercusiones en las condiciones del mercado laboral de las personas mayores, para efectos del presente análisis partiremos del enfoque clásico de informalidad que se centra en las condiciones de los trabajadores en el mercado laboral (para el caso colombiano ofrece más información, pues es el enfoque que utiliza el Departamento Nacional de Estadísticas, DANE).

3.2.2.2. La informalidad laboral en Colombia

El Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) define claramente los tipos de trabajo informal: i) Los trabajadores por cuenta propia, dueños de sus propias empresas del sector informal; ii) Los empleadores, dueños de sus propias empresas del sector informal; iii) Los trabajadores familiares auxiliares, independientemente de si trabajan en empresas del sector formal o informal; iv) Los miembros de cooperativas de productores informales; v) Los asalariados que tienen empleos informales, sea que estén empleados por empresas del sector formal, por empresas del sector informal o por hogares que los emplean como trabajadores domésticos asalariados; vi) Los trabajadores por cuenta propia, que producen bienes exclusivamente para el propio uso final de su hogar, si están ocupados de acuerdo con el apartado 6) del párrafo 9 de la resolución sobre estadísticas de la población

económicamente activa, del empleo, del desempleo y del subempleo, adoptada por la 13.ª Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (CIET) (DANE, 2014).

La informalidad es una de las principales preocupaciones de política, ya que su reducción implica una mejor protección social, acompañada por el aumento en el bienestar de la población y, al mismo tiempo, incrementos en la productividad. La reducción de la informalidad implica también que más personas en el futuro podrían tener acceso a pensiones, y que la necesidad de muchas personas mayores de trabajar después de la edad de la jubilación iría desapareciendo. Una de las causas de las altas tasas de informalidad en Colombia identificadas por la OECD (2013) son las regulaciones restrictivas del mercado laboral. Por ejemplo, costos laborales no salariales muy elevados y un salario mínimo alto en comparación con la retribución media nacional (OECD, 2013).

No existe una receta única para reducir la informalidad, y las soluciones propuestas provienen de distintas perspectivas sobre el funcionamiento del mercado laboral, y en general sobre la economía. También se debe tener en cuenta que si bien el contexto laboral y regulatorio de cada país es diferente, hay estrategias que se pueden adaptar. Aquí el énfasis se hace en la población en general y no solo en las personas mayores, pues la informalidad en otras etapas de la vida es una de las principales causas de la desprotección durante la vejez.

La eliminación de las rigideces del mercado laboral es una práctica que el Fondo Monetario Internacional (FMI) ha recomendado de manera reiterada, y como estrategia ha estado en el centro del debate sobre informalidad y desempleo en Colombia. En el estudio sobre instituciones del mercado laboral en los países de la OECD (FMI, 2003), que usa el modelo de equilibrio general, se muestra cómo el desempleo es menor en países que: (1) tienen seguros de desempleo menos generosos donde la duración del desempleo es menor; (2) tienen menos niveles de sindicalización, lo que produce una mayor competencia en el mercado; (3) tienen menos protección al empleo, por ejemplo menores costos de despido y estándares laborales menos estrictos; (4) presentan menores niveles de impuestos sobre los ingresos laborales y contribuciones a la seguridad social y (5) registran mejores niveles de educación y de productividad. En un estudio también del FMI sobre Brasil, se encontró que los estados con mayores incrementos en la informalidad, después de aumentar los niveles de protección con la Constitución de 1988, tendían a mostrar caídas más pequeñas en los salarios como respuesta a las

condiciones macroeconómicas. Esto sugiere que, en un ambiente sobre regulado, la informalidad sirvió como un escape (Estevão y De Carvalho, 2012).

A partir de los hallazgos del FMI, Ihrig y Moe (2001), usando datos de países desarrollados y en desarrollo y un modelo dinámico que permite estudiar la evolución del sector informal, encuentran que la reducción en impuestos sobre el empleo es la mejor política para combatir el sector informal. Esta política no solo disminuye el empleo informal, sino que además incrementa la calidad de vida. Los autores también señalan que controlar mejor el pago de impuestos es una política efectiva, aunque en menor medida que su disminución. Igualmente, Lehmann y Muravyev (2012) estudian las instituciones del mercado laboral y su influencia en los países latinoamericanos y en transición. Para medir la informalidad se basan en el estudio de Schneider et al. (2010, citado en Lehman y Muravyev 2012), y en datos sobre legislación de protección del empleo, la carga tributaria sobre el empleo, los niveles y duración de los beneficios de desempleo y la densidad de la sindicalización. Aplican el método de regresiones agrupadas *(pooled OLS)* con datos de panel a nivel de país, lo que permite controlar por los efectos no observados de los países. Según los resultados de esta investigación, dos instituciones del mercado laboral afectan principalmente la informalidad: los impuestos y las regulaciones del mercado laboral. La carga tributaria produce la elasticidad positiva más alta, esto quiere decir que la reducción de impuestos puede ser una de las estrategias de política más efectivas para combatir la informalidad. El impacto positivo de las regulaciones del mercado laboral sobre la informalidad, aunque significativo, es muy pequeño.

En Colombia, siguiendo las recomendaciones derivadas de los hallazgos empíricos que muestran que los impuestos sobre la nómina afectan el empleo y la informalidad, se han hecho intentos por disminuir las cargas tributarias sobre el empleo. Los impuestos más controversiales han sido los llamados parafiscales: estos se cobran sobre la nómina y sirven para financiar programas de bienestar para toda la población en las áreas de educación (SENA), desarrollo de la niñez (ICBF) y otros subsidios a través de las Cajas de Compensación Familiar (CCF). Como en otros países, la implementación de medidas para disminuir las cargas tributarias sobre el empleo en Colombia ha encontrado obstáculos de orden político. Durante los gobiernos de Andrés Pastrana y Álvaro Uribe se hicieron dos intentos fallidos para eliminar las cargas parafiscales (Echeverry y Santamaría, 2004). En el 2010, bajo el

gobierno de Juan Manuel Santos, la Ley 1429 eliminó los impuestos parafiscales para las pequeñas y medianas empresas durante los dos primeros años de funcionamiento, y progresivamente, después de los seis años, hasta llegar al 100 %. Todos los nuevos puestos de trabajo para jóvenes menores de 28 años, desplazados, con discapacidad, mujeres mayores de 40 años, trabajadores de bajos ingresos y desempleados, por un período mayor a un año, también dejaron de tener la carga parafiscal. Finalmente, a partir del año 2013, se adoptó el mecanismo de la Contribución Empresarial para la Equidad (CREE), que eliminó el aporte de los empleadores al SENA y al ICBF para los trabajadores que ganan menos de diez salarios mínimos, y creó un impuesto de destinación específica que se cobra como un porcentaje sobre las utilidades.

Según Perry (2008), las principales razones para tener un empleo informal son: la incapacidad de obtener un empleo (55 %), la edad (23 %), la preferencia de no responder a un jefe (22 %) y tener horas flexibles y menos responsabilidades (22 %). El estudio sugiere que los más afectados por la informalidad son los trabajadores, especialmente los viejos y los jóvenes, que prefieren un trabajo con la protección laboral estándar, pero que no pueden conseguir uno, pero también debido a su bajo nivel educativo y a la poca probabilidad de conseguir empleos formales en algunas zonas del país (rurales y en cabeceras de municipio). Dentro de esta categoría se encuentran, también, los trabajadores que han renunciado a sus empleos en el sector formal para empezar una microempresa, para ser sus propios jefes, ganar más dinero o no pagar la protección social. Finalmente, están las mujeres que no buscan o que dejan los trabajos asalariados formales a cambio de la flexibilidad de balancear las responsabilidades en el hogar, por el cuidado de sus hijos o por falta de opciones (Perry, 2008).

El estudio de Fedesarrollo y Cepal de 2015 sobre la informalidad en las personas en pobreza moderada y extrema, sugiere, asimismo, que la distancia, el costo del transporte y el nivel educativo limitan las oportunidades de las personas para acceder a trabajos formales. El mismo estudio sugiere, además, que el costo y los procedimientos burocráticos para poseer una libreta militar representan una barrera para el acceso de los hombres a los empleos formales. En las áreas rurales, las actividades económicas se limitan a las de jornaleo, empleo informal principalmente masculino que restringe a la mujer a las labores domésticas y a las actividades agrícolas para el autoconsumo. Mientras que la informalidad en las

zonas urbanas es del 55 %, la de las zonas rurales es del 70 %. Esto sugiere que la preparación económica para la vejez de las personas del campo, y sobre todo de las mujeres, es aún más crítica que en las zonas urbanas.

El estudio de Perry (2008) caracteriza a las microempresas del sector informal como aquellas que no tienen intención de crecer o potencial para hacerlo, y que por lo tanto evitan involucrarse con las instituciones de la sociedad civil; y a los microempresarios como a quienes se les ha imposibilitado su expansión por el exceso de barreras para registrarse con las entidades del Gobierno y que, en consecuencia, tienen acceso a otros insumos que ofrece el sector informal. Finalmente, el estudio incluye a las empresas de individuos que evitan los impuestos u otras regulaciones, debido a que todos los demás lo hacen, y a causa de la débil y desigual aplicación de las leyes; o a las empresas que registran solo parte de sus trabajadores y parte de sus ventas –o declaran solo parte del salario de sus trabajadores– en razón de las excesivas cargas regulatorias (Perry, 2008).

3.2.3. Buenas prácticas: ¿cómo mejorar la preparación económica para la vejez?

Con el fin de aportar buenas prácticas en empleo para las personas mayores, y para aquellos que llegarán a la edad de jubilación en los próximos 20 años, esta sección revisa los programas internacionales que existen en la materia. Se estudia la reducción de la informalidad y las mejoras en las condiciones de las personas mayores que trabajan. El propósito es aprender de experiencias exitosas en otras partes del mundo y así proponer ideas orientadas a un acceso más amplio y equitativo para las personas mayores a empleos de calidad.

3.2.3.1. Mejor educación

En el año 2013, el 79.4 % de la población económicamente activa de Colombia no tenía ningún grado de formación académica (49.2 %) o solo había terminado el bachillerato (30.2 %). En términos absolutos, esto significa que en Colombia hay cerca de 10 millones de personas que están en capacidad de trabajar pero que no tienen ningún nivel de formación, y 6.6 millones que solo terminaron el bachillerato. Es decir, que alrededor de 18 millones de personas (cifra superior a la población total de las cinco ciudades más grandes del país) tienen menos

probabilidades de conseguir un empleo formal[12]. Esta situación es común a otros países miembros de la OECD. En su informe *Education at Glance 2014* (OECD, 2014), la OECD asegura que, en promedio, más del 80 % de las personas con educación terciaria está empleada, en comparación con el 70 % de las que tienen un nivel educativo secundario y menos del 60 % de quienes no tienen educación secundaria.

Así, para mejorar la preparación económica de las personas para la vejez, reducir la informalidad y crear mayores oportunidades laborales para quienes están entrando al mercado laboral, es crucial aumentar el acceso a la educación y su calidad.

3.2.3.2. ¿Cómo reducir el empleo informal?

Una estrategia que apunta al aumento del empleo formal son los programas de capacitación que facilitan la transición al mercado laboral. Los jóvenes son por lo general los más afectados por la informalidad y el desempleo, por eso este tipo de estrategias se dirigen principalmente a ellos. Se calcula que, en la región, cerca de la mitad de los jóvenes que tienen un trabajo están en el sector informal, y que solo el 12 % de los jóvenes en el quintil más pobre cotiza a salud o pensiones (OIT, 2013b).

Latinoamérica ofrece numerosos ejemplos de programas de capacitación dirigidos a jóvenes: ProJovem en Brasil, Jóvenes con Oportunidades en México, Jóvenes con Más y Mejor Trabajo en Argentina, Chile Joven en Chile, Jóvenes a la Obra (antes ProJoven) en Perú y Jóvenes en Acción en Colombia, entre otros. Estos programas siguen una metodología similar: cursos cortos (en general de tres meses), seguidos por una pasantía de igual duración en una empresa (Gallart, 2003). Para asegurarse de que los programas lleguen a la población objetivo, se eligen jóvenes de estratos bajos o de los quintiles de ingreso más bajos, que están por fuera del sistema de educación formal, con escasa experiencia laboral, desempleados, subempleados o inactivos. Es habitual que los programas paguen estipendios para cubrir costos de transporte, alimentación, materiales y seguros contra accidentes. Más recientemente, México, Brasil, Colombia y Argentina, con el fin de estimular a los jóvenes becarios para que concluyan el ciclo de educación superior, han otorgado transferencias condicionadas.

12 Cálculos propios a partir de datos estadísticos de población del DANE.

Perú, Chile y México aplican evaluaciones de impacto cuantitativas con grupos tratamiento y grupos control[13]. Una conclusión general de esas evaluaciones es que los programas de capacitación de jóvenes para el trabajo tienen efectos positivos en su población objetivo. En general, aumentan las probabilidades de empleo de los jóvenes, incrementan sus ingresos y las horas trabajadas, se adecúan fácilmente a las demandas del mercado de trabajo y tienen la capacidad de focalizarse en poblaciones específicas. Según Gallart (2003), otro logro indiscutible es el incremento del capital social de los capacitados, pues los programas rompen con el aislamiento de muchos jóvenes que no tienen acceso al sistema educativo y/o al mercado laboral y, por lo tanto, carecen de competencias sociales básicas y de conexiones que les permitan conseguir un trabajo en el sector formal.

Levy (2008) argumenta que la incoherencia de los programas sociales en México contribuye a que se mantenga la situación de alta informalidad. Según el autor, la provisión de subsidios a la creación de empleos informales y de baja productividad obstaculiza el crecimiento, fomenta la ilegalidad y atrapa a muchos de los trabajadores en la pobreza. Levy propone convertir los sistemas de seguridad social existentes para trabajadores formales en derechos universales. Él defiende la eliminación de las contribuciones de seguridad social basadas en los salarios y el aumento de los impuestos al consumo en los hogares de mayores ingresos para aumentar al mismo tiempo la tasa de crecimiento del PIB, reducir la desigualdad y mejorar los beneficios para los trabajadores (Levy, 2008).

3.2.3.3. Condiciones de empleo para las personas mayores

Uno de los problemas principales del mercado laboral colombiano es la alta informalidad. La OIT propone medidas para mejorar las condiciones laborales de las personas mayores. Si bien estas medidas están dirigidas a países industrializados donde los niveles de informalidad son mucho menores, pueden servir de referente para un país como Colombia que está avanzando en la disminución de la informalidad y puede considerar la adopción de estas medidas.

La primera recomendación consiste en implementar leyes de igualdad de edad que garanticen las mismas oportunidades en el reclutamiento y en las condiciones de

13 Ver, por ejemplo, World Bank (2007), Schultz (2004), Cinterfor (1997), Saavedra, Robles y Ñopo (2002), Burga (2013), Chacaltana y Sulmont (2003), Ñopo, Robles y Saavedra (2007), De Combruggle, Espinoza y Heijke (2009), Espinoza (2010).

empleo que se ofrecen. Países como Canadá, Japón, Australia y algunos miembros de la Unión Europea ya han adoptado este tipo de leyes, específicamente dirigidas al grupo de personas mayores, para prohibir la discriminación por la edad. Para el futuro desarrollo de leyes en esta área, la OIT sugiere enfocarse en la discriminación indirecta: que se permita a las personas mayores, por ejemplo, acordar arreglos de jornadas laborales que les den la posibilidad de armonizar sus responsabilidades familiares y laborales.

La segunda recomendación es sobre los ambientes físicos de trabajo. Por el deterioro que sufren las personas mayores en sus capacidades físicas, estos ambientes son de especial importancia. Las medidas incluyen evitar los esfuerzos intensos, como por ejemplo largos períodos de pie, inclinados o cargando materiales pesados, y también la reducción de ambientes con vibraciones o ruidos. La tercera estrategia consiste en reducir las jornadas de trabajo, extender las licencias remuneradas, limitar el trabajo en las noches y fines de semana y promover la adopción de contratos de trabajo flexibles (de medio tiempo, por ejemplo). Es importante tener en cuenta que estas estrategias pueden tener efectos contraproducentes: el fomento de la informalidad o el desempleo, como sucede con el salario mínimo (Fedesarrollo, 2014). Finalmente, están las medidas relacionadas con los salarios, frente a los cuales se recomienda crear sistemas de remuneración adaptados a las necesidades de las personas mayores. Estos incentivos incluyen un sistema de pagos basado no solo en la velocidad de desempeño, sino en la experiencia y el pago a los trabajadores mayores por tiempo y no por resultados (Ghosheh, Lee y McCann, 2006).

3.3. Marco legal

En Colombia no existe un marco legal específico para las personas mayores, pero sí leyes laborales que los cobijan y cuyo objetivo es combatir la informalidad y así aumentar el acceso a pensión de quienes cotizan actualmente. La Ley de formalización y generación de empleo 1429 del 2010 tiene como objeto generar incentivos en las etapas iniciales de la creación de empresas. Entre los incentivos que crea la Ley, está el descuento en el impuesto sobre la renta y complementarios de los aportes parafiscales y otras contribuciones de nómina a los empleadores que vinculen laboralmente a mujeres de 40 años o más (Artículo 11).

El Decreto 2616 del 2013 establece normas para vincular a los sistemas de pensiones, riesgos laborales y subsidio familiar a los trabajadores dependientes que

laboran por períodos inferiores a un mes, y dicta disposiciones tendientes a formalizar a los trabajadores informales. Finalmente, con el objetivo de reducir la desigualdad y la informalidad laboral, la reforma tributaria del 2012 creó la Contribución Empresarial para la Equidad (CREE) con el fin de sustituir la carga parafiscal asociada a la contratación de mano de obra, y generar para el SENA y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) una fuente de financiamiento diferente, ahora proveniente de las utilidades de las empresas (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2012).

En el plano internacional, la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, aprobada en la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en el 2002, estipuló en su capítulo 12 lo siguiente:

> *Las expectativas de las personas de edad y las necesidades económicas de la sociedad exigen que las personas de edad puedan participar en la vida económica, política, social y cultural de sus sociedades. Las personas de edad deben tener la oportunidad de trabajar hasta que quieran y sean capaces de hacerlo, en el desempeño de trabajos satisfactorios y productivos, y de seguir teniendo acceso a la educación y a los programas de capacitación. (Naciones Unidas, 2003)*

Este tipo de iniciativas son importantes para garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas mayores, pero las situaciones a las que se enfrentan en la cotidianidad son bastante complejas. Si bien algunos estudios confirman la capacidad y el potencial de las personas mayores, hay también bastante literatura que revela las actitudes negativas hacia las personas mayores en sus trabajos. Las causas más frecuentes son, por ejemplo, que los directivos creen que los trabajadores mayores están poco familiarizados con las nuevas tecnologías, que son resistentes al cambio y que además aprenden con lentitud (Lehr y Pohlmann, 2004).

Desde el punto de vista jurídico, en algunos países existen ciertas normas que dificultan aún más la situación laboral de las personas mayores. En Alemania, por ejemplo, existe la llamada Kündigundsschutz (protección legal contra los despidos), que prohíbe el despido de los trabajadores de 45 años o más. Esta norma constituye un desincentivo para los empresarios, que evitan contratar trabajadores que sobrepasen este límite de edad (Lehr y Pohlmann, 2004). Estos prejuicios o normatividades favorecen, sin duda, a poblaciones menores, más familiarizadas con la tecnología, con

acceso a una mejor educación, pero que carecen de lo que solo las personas mayores poseen y es su ventaja competitiva más valiosa: la experiencia.

3.4. Análisis y resultados: caracterización de las personas mayores en el mercado laboral colombiano

A continuación se presentan los análisis descriptivos con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2013, del mercado laboral de las personas mayores por sexo y por grupos etarios de personas de 40 años o más. Este análisis se complementa con datos cualitativos provenientes de grupos focales.

3.4.1. La actividad principal según el ciclo de vida

Esta sección ilustra los hallazgos frente a la actividad principal de las personas según el ciclo de vida, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Los gráficos muestran en general cómo, entre los 10 y los 49 años, aumenta sistemáticamente la importancia de la actividad "trabajo" o "buscando trabajo", y a partir de los 50 a los 59 años disminuye mientras aumenta la actividad "oficios del hogar" y la discapacidad permanente para trabajar. La forma de este patrón por edad es similar por zona y sexo, pero en grados diferentes. Es especialmente impactante el menor nivel de la participación laboral a lo largo del ciclo de vida de las mujeres en las zonas rurales, donde se observa el mismo patrón por edad, pero con una mucha menor importancia de la actividad "trabajo" como actividad principal, comparada con los otros grupos. Esto puede deberse a que las encuestas captan la actividad laboral de la misma forma en zonas urbanas y rurales, cuando de hecho hay entre ellas grandes diferencias en lo que se considera trabajo.

En las zonas urbanas, un mayor porcentaje de hombres que de mujeres tiene al trabajo como actividad principal durante todo su ciclo de vida. Entre un 11.2 % (10 a 19 años) y un 24.9 % (70 y más) de hombres se dedican principalmente al trabajo, frente a solo un 4.4 % (70 y más) y 55.8 % (30 a 39 años) de las mujeres. Lo opuesto ocurre con la actividad "oficios del hogar", que es la más importante entre un mayor porcentaje de mujeres que de hombres a lo largo del ciclo de vida. Cabe resaltar que en los hombres, a partir de los 50 años, la actividad "oficios del hogar" empieza a cobrar

importancia como actividad principal. Las mujeres y hombres de 60 a 69 años y de 70 y más son quienes en mayor porcentaje se dedican principalmente a "oficios del hogar": 16 % y 20 % en los hombres, y 69.6 % y 63.3 % en las mujeres (Figuras 1 y 2).

Figura 1

Distribución de hombres en la zona urbana: según actividad principal y por grupos etarios

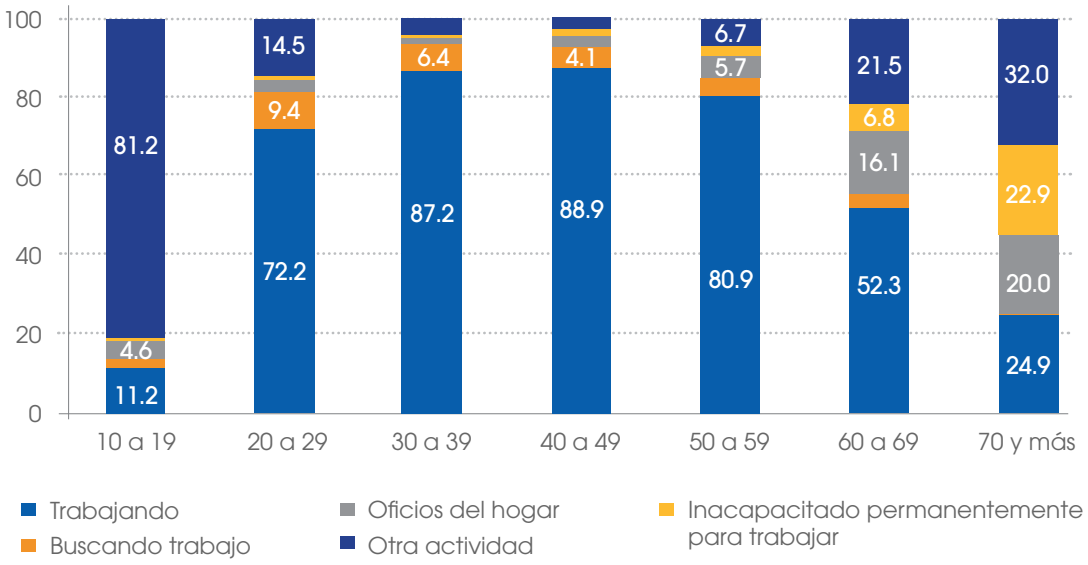
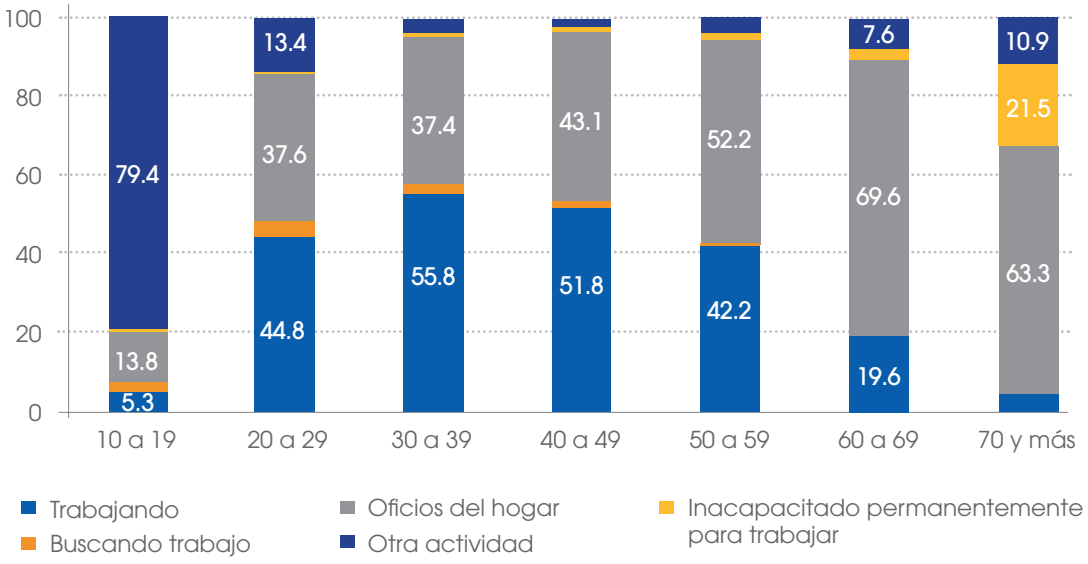


Figura 2

Distribución de mujeres en la zona urbana: según actividad principal y por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2013.

Las diferencias de actividad principal entre hombres y mujeres en las zonas rurales son bastante más marcadas que en las zonas urbanas. Durante el ciclo de vida, el trabajo es la actividad principal de un 23.4 % (10 a 19 años) y de un 91.5 % (30 a 39 años) de los hombres, mientras que en las mujeres estos porcentajes son del 4.6 % (10 a 19 años) y del 25.6 % (40 a 49 años). Son menos las mujeres que en las zonas rurales se dedican principalmente al trabajo, comparadas con las mujeres de las zonas urbanas. En el caso de "oficios del hogar", al igual que en las zonas urbanas, un mayor porcentaje de mujeres se dedica principalmente a esta actividad, pero el promedio en las zonas rurales es más alto. A lo largo de todo el ciclo de vida, entre un 27.4 % (10 a 19 años) y un 80.7 % (60 a 69 años) de las mujeres dedican la mayor parte del tiempo a la actividad "oficios del hogar", mientras que tan solo un 2.4 % (30 a 39 años) y un 14 % (70 y más) de los hombres lo hacen (Figuras 3 y 4).

Figura 3

Distribución de hombres en la zona rural: según actividad principal y por grupos etarios

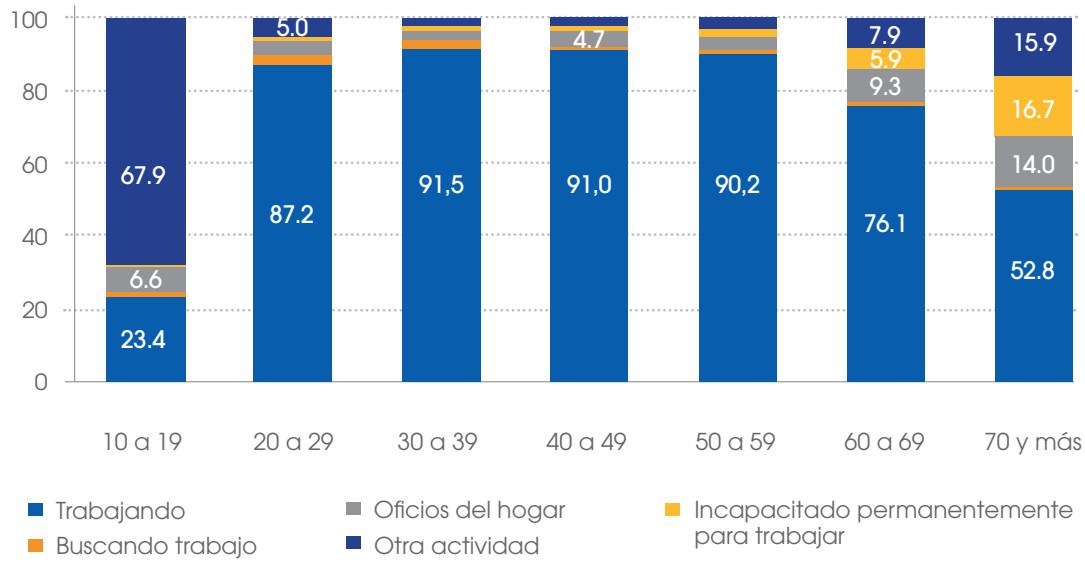
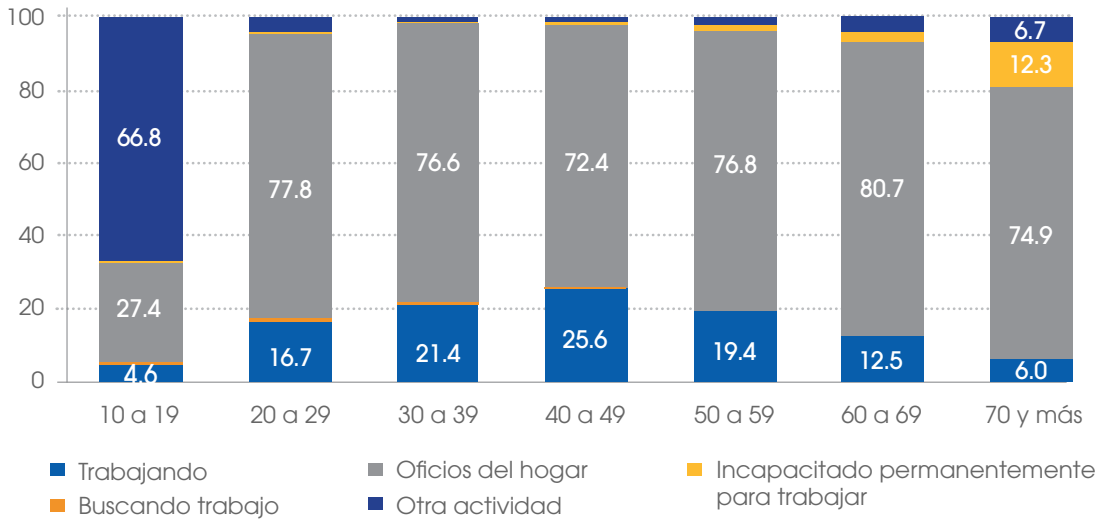


Figura 4

Distribución de mujeres en la zona rural: según actividad principal y por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2013

Con base en los resultados cualitativos se puede afirmar que la edad juega un papel importante en la decisión de las actividades a las que se dedican las personas, y en particular en la menor dedicación al trabajo de los adultos mayores. El deterioro de la salud es un factor determinante para cambiar o abandonar el trabajo, así como la falta de conocimientos para manejar nuevas tecnologías. Las personas de mayores ingresos, por lo general, se retiran porque su preparación económica en ahorro, pensiones y acumulación de activos se los permite.

En los grupos de bajos ingresos, la historia laboral de los entrevistados se caracteriza por la presencia de trabajos informales, de corta duración, inestables, con bajos salarios y sin acceso a seguridad social. Dadas estas condiciones, aún después de la edad de jubilación y a pesar de una capacidad física disminuida, las personas mayores deben continuar en el mercado laboral para conseguir su sustento y el de sus familias. Incluso algunos entrevistados que lograron acceder a una pensión afirman que ese monto no es suficiente para cubrir sus gastos y que por lo tanto deben seguir trabajando en el mercado informal. Los empleos en la etapa de la vejez para

las personas de bajos ingresos suelen ser de menor calidad, comparados con los de su juventud, y también más difíciles de conseguir en jornadas completas, lo que se traduce en menos tiempo de dedicación al trabajo. Por las precarias condiciones de estos empleos, la mayoría de las personas mayores en este nivel de ingresos quieren dejar de trabajar, aunque se plantean la posibilidad de encontrar satisfacción en empleos que se ajusten a sus características y habilidades, por ejemplo, con jornadas más cortas y en actividades que les exijan menos físicamente.

En los grupos de ingresos medios y altos, el mayor acceso a pensiones y a la acumulación de activos antes de llegar a la vejez les permite disfrutar de esta etapa con una mayor seguridad económica y dedicarse a actividades distintas al trabajo: hacer deporte, compartir con la familia y viajar. Por las mejores condiciones laborales, este grupo de personas encuentra una mayor satisfacción con el trabajo, pues no solo contribuye a la acumulación de activos y a la estabilidad económica, sino que también es una fuente de beneficios no materiales: la acumulación de experiencias y conocimientos, el uso productivo del tiempo y la posibilidad de mantenerse más activos físicamente, con los consiguientes efectos positivos para la salud (Figuras 5, 6 y 7).

La relación del trabajo con una mejor salud es una alusión más común en las zonas rurales; en las zonas urbanas lo asocian más con la educación de los hijos o con una mejor situación económica. Es importante resaltar que la educación de los hijos no figura como una prioridad en las zonas rurales. Esto se explica, en parte, porque allí las personas deben empezar a trabajar desde muy jóvenes, especialmente los hombres. Como lo muestran las figuras 1 y 3, el 23.4 % de los hombres entre los 10-19 años en las zonas rurales se encuentra trabajando, mientras que en las zonas urbanas ese porcentaje es del 11.2 %. Otra de las razones puede ser la dificultad que tienen las personas en las zonas rurales para acceder a la educación formal.

Los resultados cuantitativos también muestran que tanto los hombres como las mujeres de 60 o más años, invierten más tiempo en los oficios del hogar. Lo mismo muestran los resultados cualitativos: si bien no se puede hablar de una equiparación de roles entre hombres y mujeres, entre las personas mayores son menos estrictas las divisiones de roles de género: ambos sexos participan del cuidado del hogar, de la familia y de los nietos. Para algunos de los hombres, en especial los de los grupos de bajos ingresos, la dedicación a las labores del hogar es una forma de compensar su menor capacidad de contribuir económicamente.

En el trabajo uno se siente como más relajado, está haciendo algo. Haciendo el oficio, teniendo algo que hacer, se le pasa el tiempo. Si usted no tiene nada qué hacer, se estresa pensando en las cosas...

(Mixto, 40 a 60 años, Ayapel)

El trabajo lo prepara a uno para las experiencias de la vida, para realizarse como ser humano, para conocer muchas personas que en su casa no conocería, para aprender.

(Hombres, pensionados, Bogotá)

El trabajo ha hecho que tengamos una vejez tranquila: recibimos nuestras pensiones y no dependemos de nadie, podemos tener una vida mejor y disfrutarla.

(Mixto, altos ingresos, Pasto)

El punto es cuando uno va a hacer algo y ya no lo puede hacer como cuando estaba más joven: pierde agilidad, se vuelve uno más lento, pierde reflejos, fuerza, de todo. Ahí es cuando uno pierde la oportunidad de empleo, porque si el patrón lo ve a uno así, pues piensa que es mejor que uno esté en la casa. Eso me ha pasado a mí.

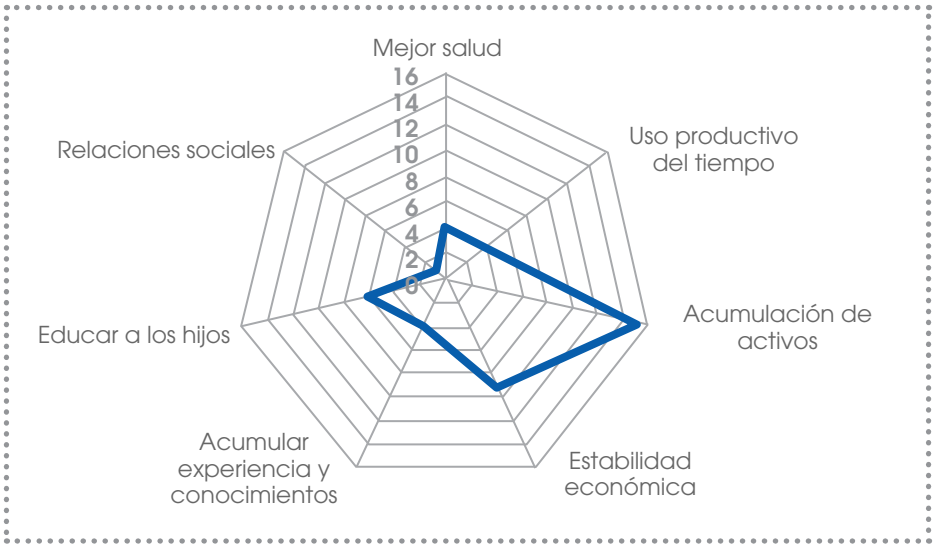
(Hombres, ingresos bajos, Bogotá)

El trabajo dignifica, por supuesto que sí, y además le permite al ser humano vivir activo, no ser sedentario. El trabajo ayuda a que a uno no se le atrofien los órganos vitales; ayuda a tener esa movilidad y a la preparación para la vejez.

(Mixto, víctimas, El Salado)

Figura 5

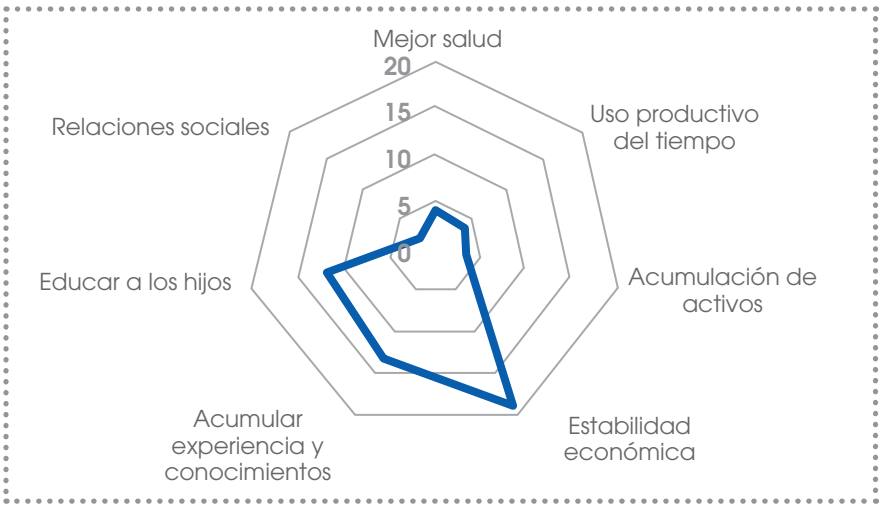
Frecuencias de códigos sobre la contribución del trabajo a la preparación para la vejez. Grupos de ingresos bajos



Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo cualitativo.

Figura 6

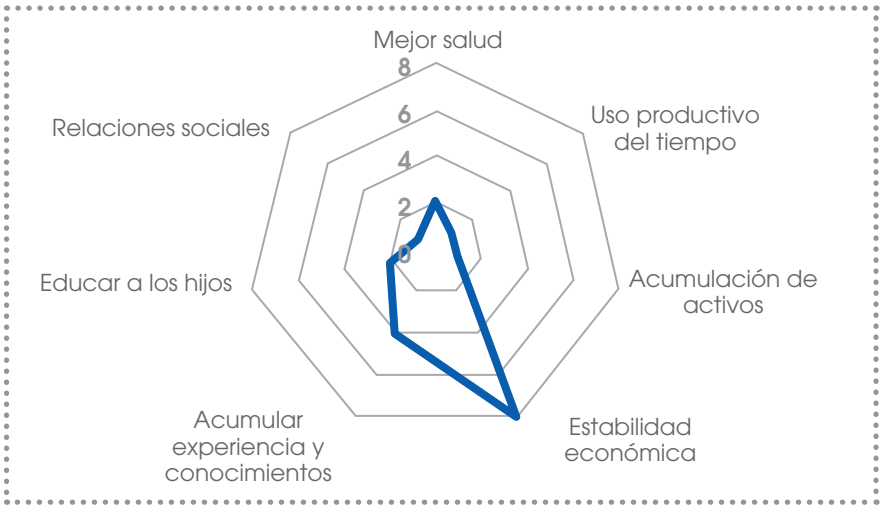
Frecuencias de códigos sobre la contribución del trabajo a la preparación para la vejez. Grupos de ingresos medios



Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo cualitativo.

Figura 7

Frecuencias de códigos sobre la contribución del trabajo a la preparación para la vejez. Grupos de ingresos altos



Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo cualitativo.

3.4.2. La tasa de ocupación laboral de las personas mayores

En Colombia, la tasa de ocupación nacional es del 54.9 %; la de las personas mayores es del 33.1 % (ECV, 2013). En todos los grupos etarios, esta tasa[14] es más alta en los hombres que en las mujeres, lo que refleja las condiciones del mercado laboral colombiano en general. Respecto a las personas mayores, las diferencias entre las zonas rurales y urbanas son evidentes solo en los hombres: 70 % en las primeras y 44 % en las segundas (Figura 8).

A lo largo del ciclo de vida, los hombres registran tasas de ocupación más altas que las mujeres, tanto en la zona rural como en la urbana, pero en la primera los hombres presentan mayores tasas mientras que en las mujeres sucede al contrario (Figuras 9 y 10). La tasa de ocupación más alta en los hombres se da entre los 40 y 49 años en ambas zonas

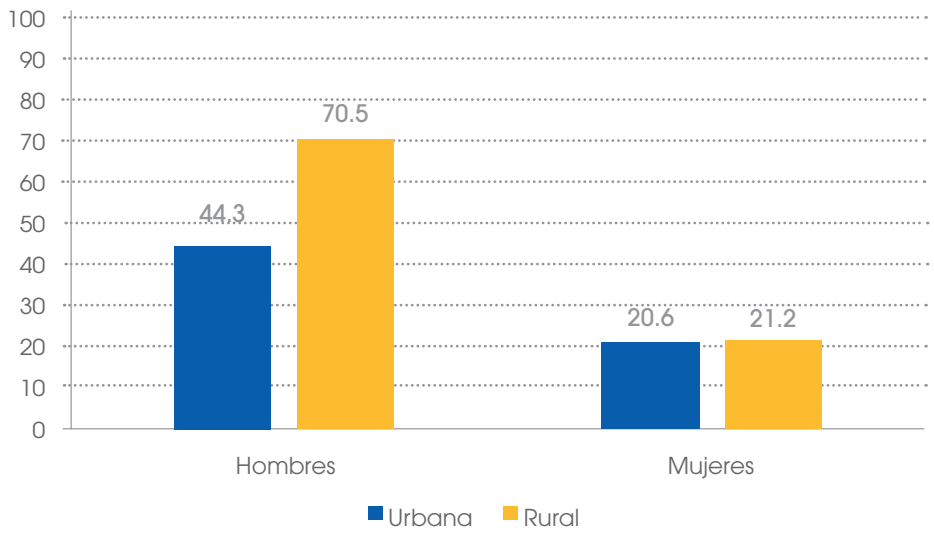
14 La tasa de ocupación, según el DANE, es la relación porcentual entre la población ocupada (OC) y el número de personas que integran la población en edad de trabajar (PET). La población ocupada son las personas que se encuentran en una de las siguientes situaciones: 1. Trabajó por lo menos una hora remunerada en dinero o en especie en la semana de referencia. 2. Los que no trabajaron la semana de referencia, pero tenían un trabajo. 3. Trabajadores familiares sin remuneración, que trabajaron en la semana de referencia por lo menos una hora.

(95 % en la rural y 91.6 % en la urbana); en las mujeres, la tasa más alta en la zona urbana se da entre los 30 y 39 años (67 %) y en la zona rural entre los 40 y 49 años (44.7 %). Cabe resaltar que, desde el inicio del ciclo de vida, los hombres empiezan con mayores tasas de ocupación tanto en la zona urbana (15.5 %) como en la rural (27.2 %), en comparación con las mujeres (8.6 % en la zona urbana y 9.5 % en la rural).

La tasa de ocupación disminuye con la edad, y siempre es más baja la de las mujeres. Vale la pena resaltar que la tasa se reduce significativamente antes y más rápido en las zonas urbanas y en ambos sexos: mientras que la tasa de ocupación entre los 50 y 59 años es del 85 % y del 93 % para los hombres en las zonas urbanas y rurales respectivamente, a la edad de la jubilación se reduce al 57 % en el primer grupo pero solo al 81 % en el segundo. Después de los 70 años, el 58 % de los hombres en las zonas rurales aún trabaja, lo que contrasta con el 30 % en las zonas urbanas. En el caso de las mujeres, la tendencia es la contraria: grandes diferencias en la tasa de ocupación en las edades adultas jóvenes, y pocas diferencias a partir de los 60 años[15]. Entre los 40 y los 49 años, las mujeres en las zonas urbanas registran mayores tasas de ocupación (63 %) que las mujeres en las zonas rurales (44.7 %). Después de los 70 años, el 9.2 % de las mujeres en las zonas urbanas y el 13.4 % en las rurales aún trabaja.

Figura 8

Tasa de ocupación de las personas de 60 años o más por sexo y área



15 Estas diferencias en las zonas rural y urbana, especialmente en el caso de las mujeres, podrían obedecer, entre otras, a que la ECV aplica el mismo concepto de trabajo en ambas zonas, cuando en realidad se trata de contextos diferentes.

Figura 9

Tasas de ocupación de los hombres por grupos etarios y área

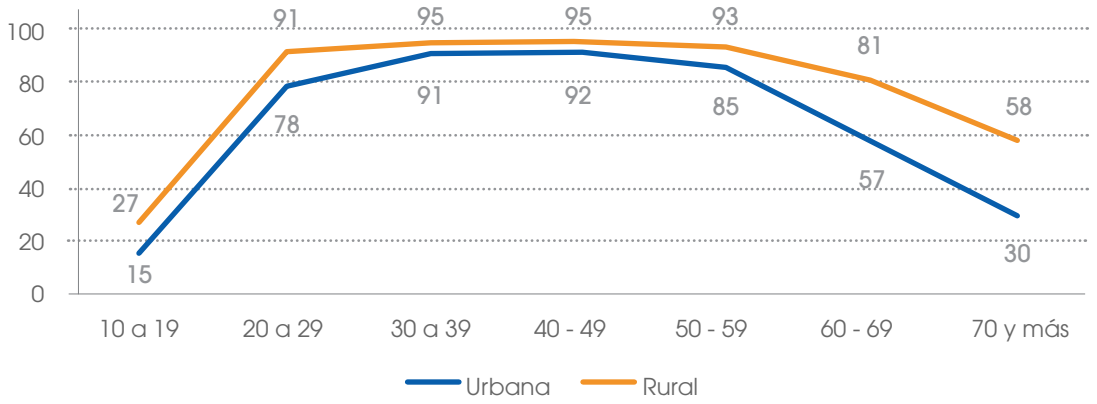
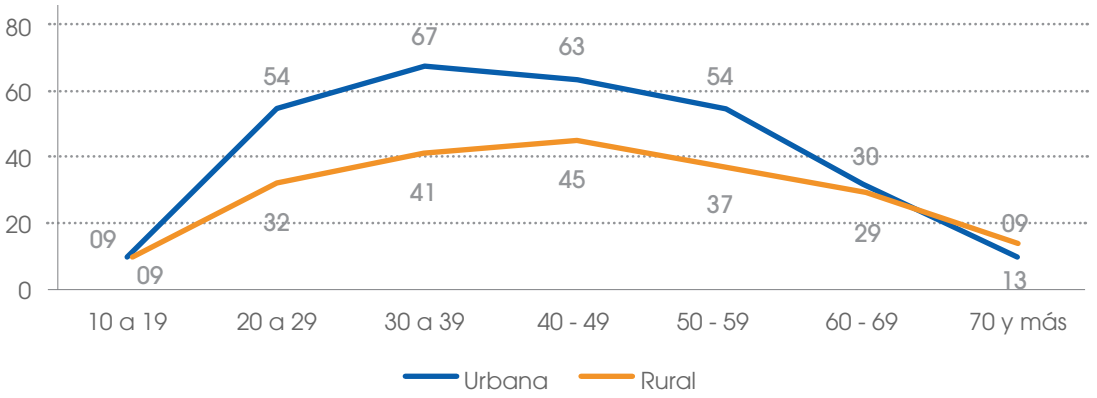


Figura 10

Tasas de ocupación de mujeres por grupos etarios y área



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

La tasa de ocupación es más alta en los hombres y en las mujeres de 60 años o más que viven solos. Hay pocas diferencias entre los que viven en pareja únicamente o con otros miembros de la familia (puede incluir pareja) (Figura 11). Mientras que la tasa de ocupación de los que viven solos es del 62 % en los hombres y del 31 % en las mujeres, la tasa de quienes viven en pareja o en familia

es del 48 % y 19 % respectivamente. Aquí es importante tener en cuenta que las actividades domésticas en las zonas rurales, que incluyen trabajos productivos para el autoconsumo, se han minimizado porque en general se trata de trabajos no remunerados (PNUD, 2011; Benería, 2001; Cepal, 2004).

Las figuras 12 y 13 muestran que, en todos los grupos etarios, la tasa de ocupación es más alta en las personas que viven solas. Esta diferencia se acentúa en las mujeres entre los 40 y los 59 años, y en los hombres a partir de los 60. El resultado podría sugerir que los ingresos que genera el trabajo les da mayor independencia a las personas mayores y la opción de vivir solas.

Figura 11

Tasa de ocupación de las personas de 60 años y más según cohabitación y sexo

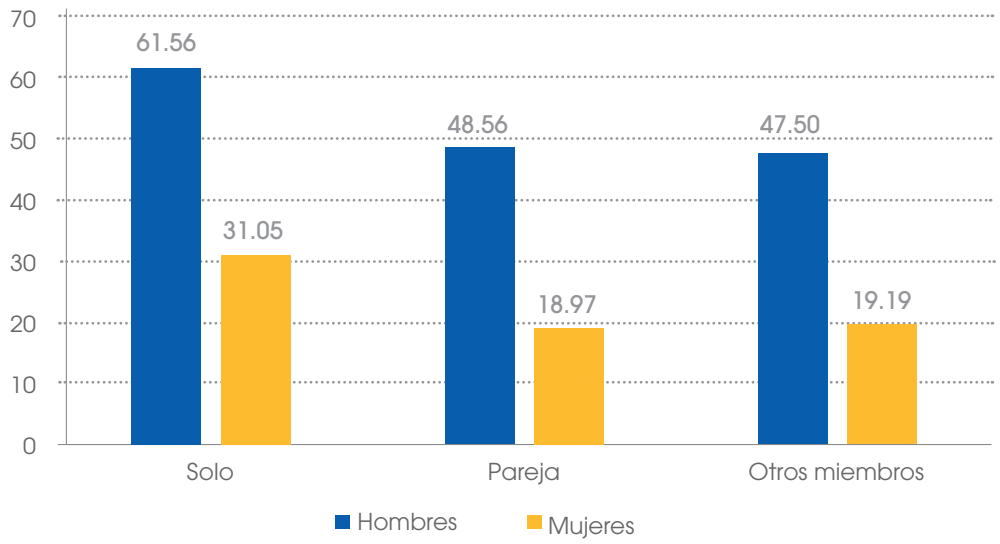


Figura 12

Tasa de ocupación de los hombres según grupos etarios por cohabitación

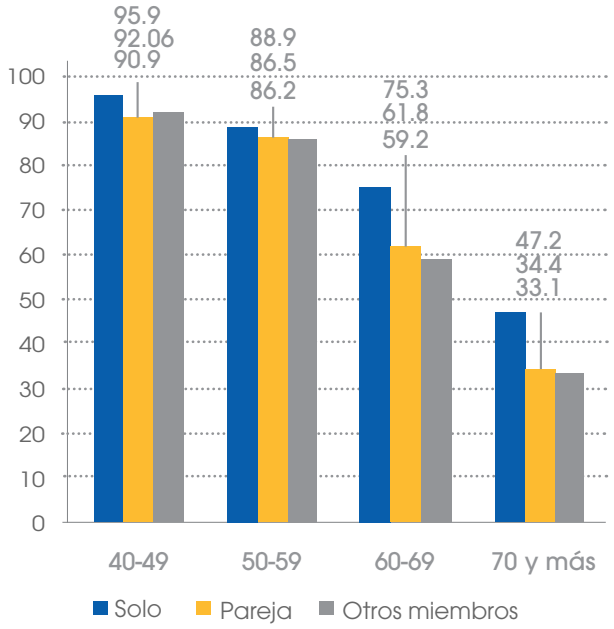
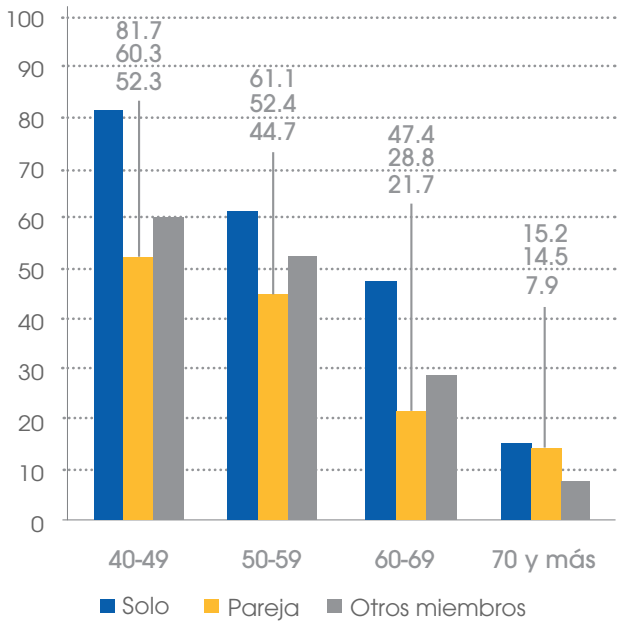


Figura 13

Tasa de ocupación de las mujeres según grupos etarios por cohabitación



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

El envejecimiento de la población en América Latina y la tendencia creciente de las personas mayores a vivir solas o independientes de sus hijos ayuda a explicar la presencia cada vez mayor de hogares unipersonales. La necesidad de generar ingresos, ya sea para uso propio o para aportar al hogar, aunada a la ausencia de un sistema eficiente de protección para la vejez, son la causa de la alta participación de las personas mayores en el mercado laboral, o quizás también porque esa participación les brinda cierta independencia. Es importante señalar que, a pesar de que la estructura de la familia ha cambiado, esta sigue teniendo en la región un rol fundamental en la protección y cuidado durante la vejez. Esta relación no es unidireccional de jóvenes a personas mayores: estas, por lo general, contribuyen con la propiedad de una vivienda, con ingresos y con su participación en las actividades domésticas, que incluyen la crianza de los nietos (esto último facilita la participación laboral de las mujeres más jóvenes) (Celade, 2008).

En todos los niveles socioeconómicos[16], los hombres de cada grupo etario registran mayores tasas de ocupación que las mujeres. En las personas mayores, los hombres y mujeres presentan una tasa de ocupación superior en el nivel socioeconómico bajo (55 % y 24.5 % respectivamente), y la tasa más baja se registra en el nivel medio alto, con un 41.4 % en los hombres y un 17 % en las mujeres (Figura 14). Las mayores tasas de ocupación en las mujeres se registran en el nivel socioeconómico medio alto y alto, en los grupos etarios de 40 a 49 años (64 % y 75 %) y de 50 a 59 años (56 % y 60 %) (Figuras 15 y 16). Esta situación también se presenta en los hombres, pero la tasa más alta en el grupo de 50 a 59 años se registra cuando el nivel socioeconómico es medio bajo (88 %). En el grupo de 60 a 69 años y de 70 años y más, la mayor tasa de ocupación en ambos sexos lo presenta el nivel socioeconómico bajo.

16 El nivel socioeconómico se aproxima con el nivel educativo del jefe de hogar: ninguno = bajo; básica primaria = medio bajo; media = media alto; superior = alto. Debido a las pocas observaciones que existen en los niveles educativos "media" y "superior", se recomienda unir en una sola categoría estos dos niveles socioeconómicos, o eliminar la desagregación etaria de los mayores de 60 años.

Figura 14

Tasa de ocupación de las personas de 60 años y más, por nivel socioeconómico y sexo

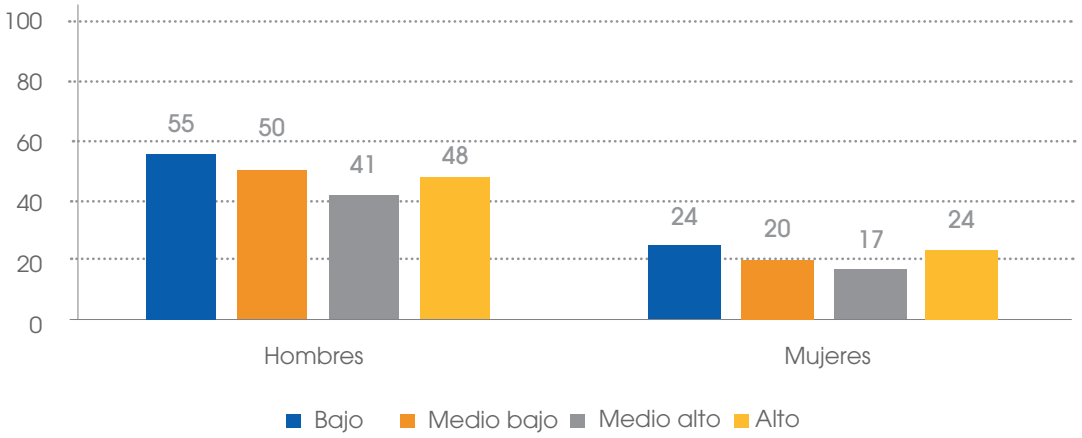


Figura 15

Tasa de ocupación de los hombres por nivel socioeconómico y grupo etario

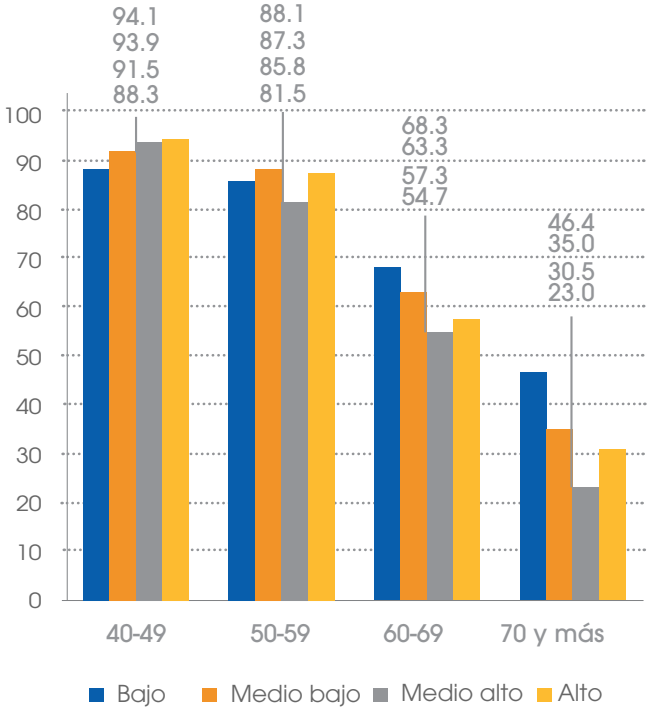
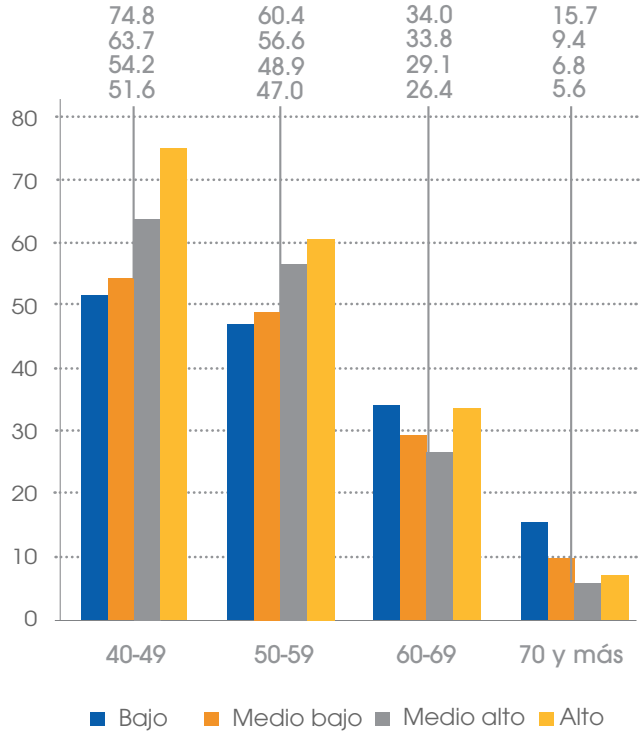


Figura 16

Tasa de ocupación de las mujeres por nivel socioeconómico y grupo etario



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

Los resultados cualitativos muestran también que las mujeres se dedican menos a trabajar y más a actividades de cuidado y de oficios del hogar no remuneradas que los hombres, lo que responde a una división de roles de género tradicional de las familias colombianas (Figuras 17 y 18). Esta diferencia por sexo es más marcada en las áreas rurales y pone en desventaja a las mujeres que, por tener un acceso más restringido al trabajo remunerado, pierden oportunidades para prepararse mejor para la vejez. Es importante resaltar que las mujeres de bajos ingresos, más que los hombres, tienen dificultades para reconocer que tienen un trabajo remunerado, esto porque se trata de empleos esporádicos y no tienen contratos formales. Era común que en los grupos focales se reiterara la pregunta unas cuantas veces para validar la respuesta de que efectivamente las mujeres no tenían un empleo informal. Esto puede haber causado subregistros en las encuestas. Las mujeres en las áreas rurales, además de dedicarse a las labores del hogar, se dedican a la producción

para el autoconsumo en sus parcelas, lo que constituye un importante aporte para el sustento de la familia, pero contribuye poco a su preparación económica para la vejez. En general, las personas de las áreas rurales, tanto hombres como mujeres, están menos preparadas para la vejez. Esto se debe a que no tienen acceso a trabajos formales –o en el mejor de los casos es restringido– y a la inestabilidad de los ingresos en el sector agrícola, cuyos trabajos se pagan por día o por semana y dependen de los ciclos de los cultivos. Adicionalmente, según los testimonios de las personas del campo, tienen muy poca información sobre el ahorro, las pensiones y la preparación económica en general. La necesidad de generar ingresos en la vejez puede explicar por qué las personas que viven en las áreas rurales se retiran más tarde del mercado laboral que las que viven en las áreas urbanas.

De cualquier modo, una gran parte de las personas que viven en el campo declaran que la mejor forma de prepararse para la vejez es adquiriendo activos, específicamente tierras para el cultivo. Esto explica en parte por qué la tasa de ocupación de las personas mayores, principalmente entre los hombres, es mayor en las zonas rurales. Quienes siempre han trabajado en el sector agrícola suelen hacerlo hasta más allá de los 70 años, principalmente porque ignoran cómo funciona el sistema pensional, pero también porque creen que el trabajo contribuye a tener una mejor salud y porque es la forma de garantizar una herencia para sus hijos.

¿Qué son políticas sociales? Preparar a la gente para la vejez. En el campo casi nunca llegan; aquí tal vez es la primera vez que yo escucho que vienen a hablar de eso..., pero son políticas muy diferentes al campo. En la ciudad usted tiene su sueldo, y automáticamente el Estado lo obliga a que usted pague su pensión. Como en el campo son dineros esporádicos, son jornales, la gente pasa toda la semana sin recibir un jornal, y entonces es muy difícil decir: "yo me voy a poner en conciencia a sacar el trabajo del día para ponerlo en un depósito de pensiones"… Porque puede que esta semana tenga trabajo todos los días, pero puede que la otra semana no tenga ningún día de trabajo.

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

Porque la persona que trabaja le sirve para cuando esté viejo, le sirve a los hijos, le sirve a los nietos, a los bisnietos, y ahí tiene lo que llaman la herencia, la herencia que uno le deja a los hijos.

(Estudio de caso, Palenque)

Figura 17

Frecuencias de códigos sobre las actividades desempeñadas, grupos de hombres

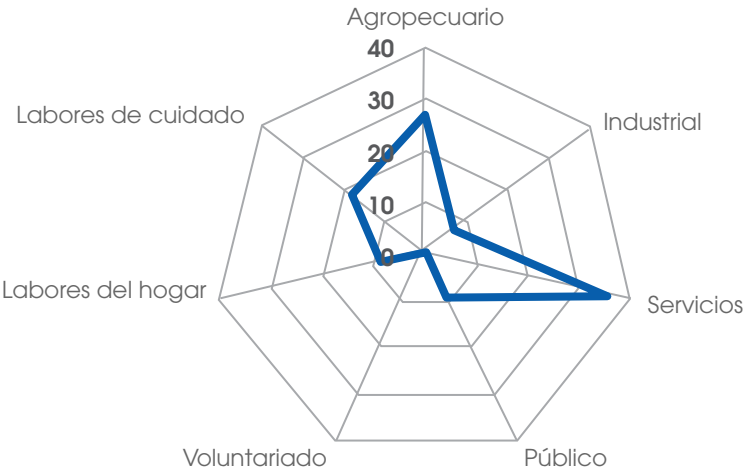
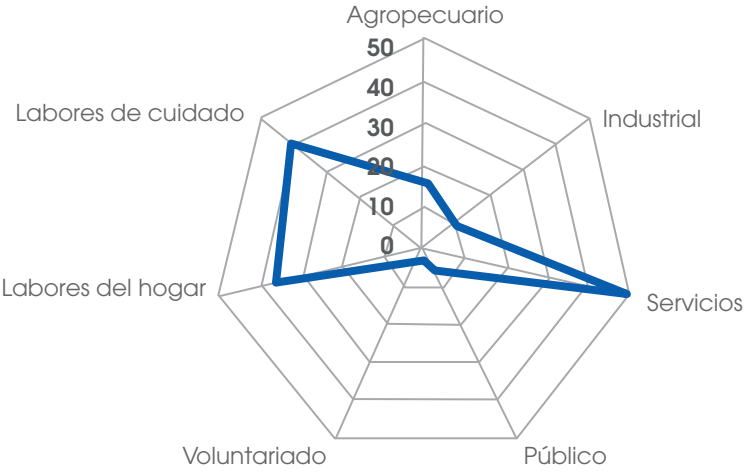


Figura 18

Frecuencias de códigos sobre las actividades desempeñadas, grupos de mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo cualitativo.

Los testimonios recogidos en el trabajo de campo cualitativo también reflejan la importancia de la familia como red de apoyo para las personas mayores y, al mismo tiempo, sus contribuciones en activos, ingresos y cuidado de otros miembros del hogar. Los hijos son quienes más contribuyen económicamente, y hay varios casos, sobre todo en las zonas urbanas y en los grupos de bajos ingresos, en los que distintas generaciones conviven en una misma vivienda y dependen económicamente de los miembros jóvenes económicamente activos. Aunque en las zonas rurales los hijos tienden a migrar en busca de mejores oportunidades de educación y trabajo, aun así contribuyen al sustento económico de los padres. Las personas de mayores ingresos tienden a depender menos de los hijos y hacen mayor énfasis en la importancia de tener sus propios ingresos y no vivir a cuenta de nadie. Sin embargo, en los ingresos medios se piensa en la educación de los hijos como uno de los mejores mecanismos de preparación para la vejez, pues se espera que los ayuden económicamente. Las mujeres que en su juventud fueron las mayores proveedoras de cuidado, en su vejez son las mayores receptoras; en general viven más con los hijos, y si no viven con ellos mantienen un contacto más constante que en el caso de los hombres.

Yo vivo con un hijo que es casado y tiene tres niños y vivo con la nuera. Él se gana un mínimo y con eso trae la comidita.

(Mujeres, bajos ingresos, Bogotá)

A mí me mantenía mi compañero, pero ahora no puede porque tiene una pierna fracturada, entonces mis hijos y mis nietos nos ayudan.

(Mujeres, bajos ingresos, Montería)

3.4.3. Número de horas que trabajan las personas mayores

Además de la tasa de ocupación, es importante revisar el número de horas trabajadas para determinar si las personas mayores trabajan tiempo completo o solo algunas horas a la semana con el fin de obtener ingresos o de complementar los que provienen de pensiones, activos o ayudas familiares. La calidad de vida de las personas mayores se puede afectar enormemente si trabajan un número de horas muy alto.

Los hombres de 60 años o más trabajan en promedio 41 horas semanales en las áreas urbanas y 39 en las rurales. En contraste, las mujeres de las zonas urbanas trabajan 31 horas y las de las zonas rurales tan solo 21 horas (Figura 19). El número de horas trabajadas por las personas mayores es significativamente menor al del promedio nacional (47 horas en los hombres y 38 horas en las mujeres; 44 en las zonas urbanas y 40 en las zonas rurales, esto incluye la población ocupada de más de 10 años en las zonas rurales y de 12 años en las urbanas).

Tanto para los hombres como para las mujeres en la zona urbana, las horas trabajadas al inicio del ciclo de vida oscilan entre 31 y 35 horas, respectivamente. En la zona rural sí hay diferencias: las horas que trabajan las mujeres (22) son menos que las que trabajan los hombres (32). Es interesante que aunque la tasa de ocupación en los hombres es más alta en la zona rural, las horas trabajadas son mayores en la zona urbana. A la vez, aunque la tasa de ocupación en los hombres es mayor en el grupo etario de 40 a 49 años, la mayor cantidad de horas trabajadas se registra en el grupo de 30 a 39 años en ambas zonas (51.4 en la zona urbana y 47.5 en la rural). En las mujeres ocurre algo parecido: aunque la mayor tasa de ocupación en la zona urbana se presenta en el grupo de 30 a 39 años, la mayor cantidad de horas trabajadas se registra en el grupo de 20 a 29 años (41.8 horas); en la zona rural, las horas promedio más altas coinciden con la tasa de ocupación más alta (grupo etario de 40 a 49 años) (Figuras 20 y 21).

En los diferentes grupos etarios los hombres trabajaron más horas que las mujeres, y en ambos sexos disminuyen conforme envejecen. En el grupo etario de 40 a 49 años, en las zonas rural y urbana, los hombres trabajaron entre 47 y 49 horas (nueve horas diarias) y las mujeres entre 31 y 40 horas (de seis a

ocho horas diarias). En el grupo de 50 a 59 años se siguen manteniendo las nueve horas diarias de trabajo para los hombres, y una hora diaria menos para las mujeres. En el grupo de 60 a 69 años, las horas de los hombres disminuyen a un rango entre 41 y 43 horas (ocho horas diarias) y en las mujeres se reducen a un rango entre 23 y 32 horas (cinco y seis horas diarias). En el grupo de mayores de 70 años, los hombres siguen trabajando más horas que las mujeres, pero en comparación con el grupo etario anterior, disminuyen a una hora diaria de trabajo en ambas zonas, mientras que las mujeres disminuyen a dos horas diarias en la zona rural y a cinco horas en la zona urbana (Figuras 20 y 21). Este patrón de descenso del número de horas de trabajo con la edad puede estar asociado al desgaste físico y biológico que acompaña al envejecimiento cronológico. Como ya se mencionó, el deterioro de la salud es una de las razones más citadas por las personas mayores en los grupos focales para haber cambiado de trabajo o haber dejado de trabajar, en particular en las personas de menores ingresos.

Figura 19

Promedio de horas que trabajan las personas de 60 años y más, por área y sexo

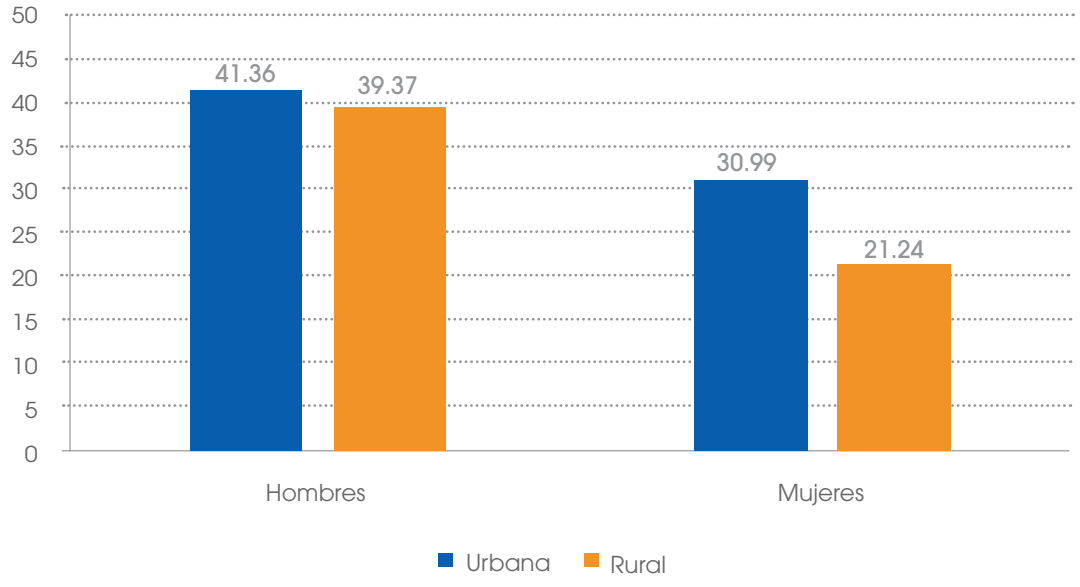


Figura 20

Promedio de horas que trabajan los hombres, por área y grupos etarios

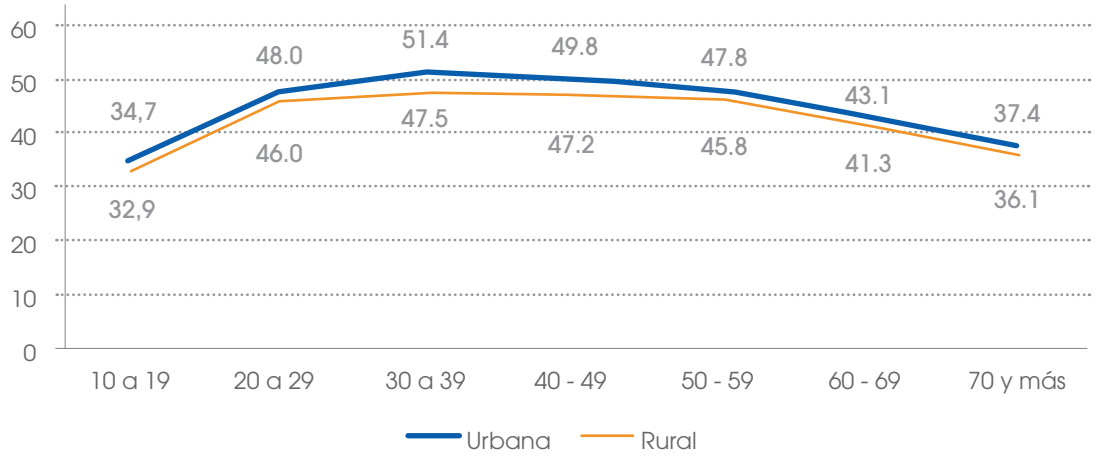
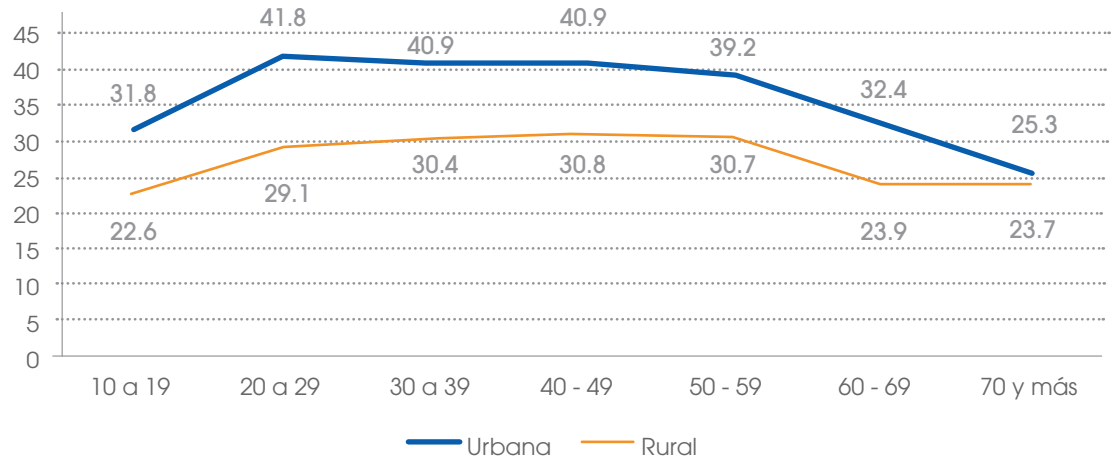


Figura 21

Promedio de horas que trabajan las mujeres, por área y grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

Es interesante constatar que el número de horas trabajadas solo varía entre una y dos horas según con quien vivan las personas mayores (Figura 22). Por su parte, los hombres en pareja trabajan tres horas más que los que viven

solos y las mujeres de 60 a 69 años que viven con otros miembros del hogar trabajan en promedio tres a cuatro horas más que las mujeres que viven solas o en pareja. En comparación con los promedios nacionales, los hombres de 60 años o más en los distintos tipos de cohabitación trabajan entre dos y tres horas menos que el promedio del total de la población ocupada y las mujeres entre 13 y 16 horas menos (Figuras 23 y 24).

Figura 22

Promedio de horas que trabajan las personas de 60 años y más, por sexo y tipo de cohabitación

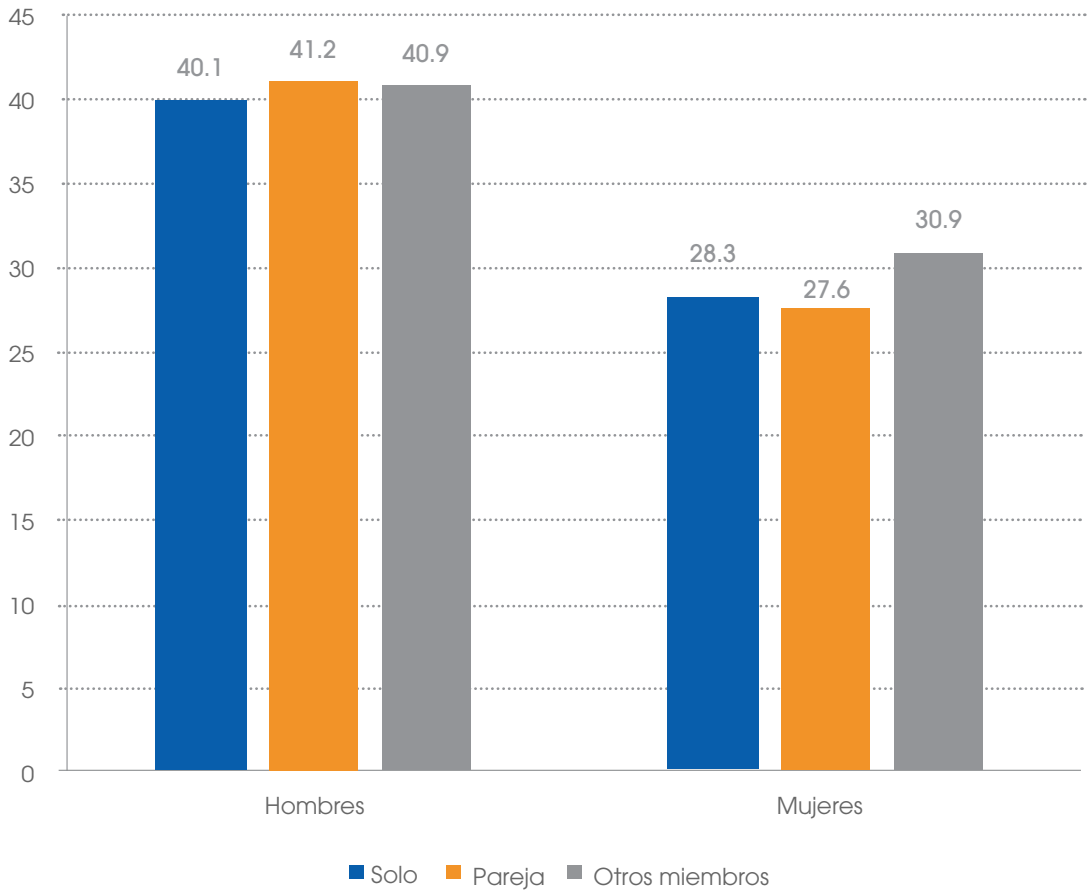


Figura 23

Promedio de horas que trabajan los hombres, por tipo de cohabitación y grupos etarios

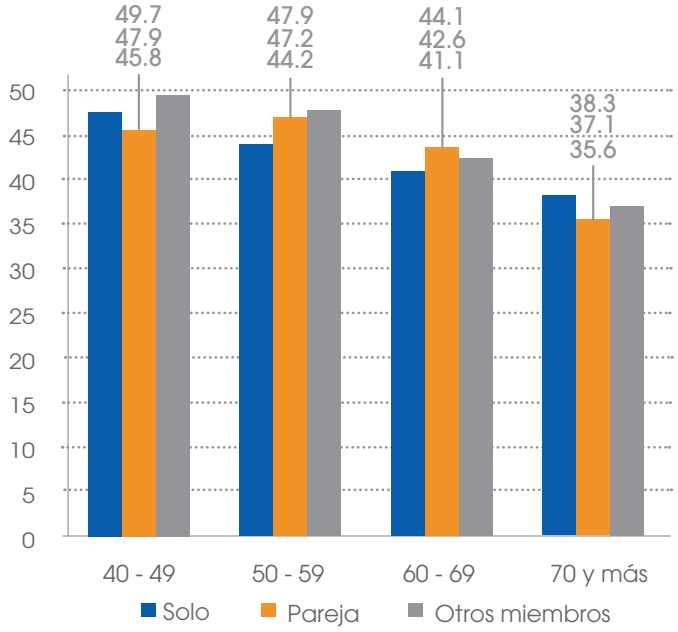
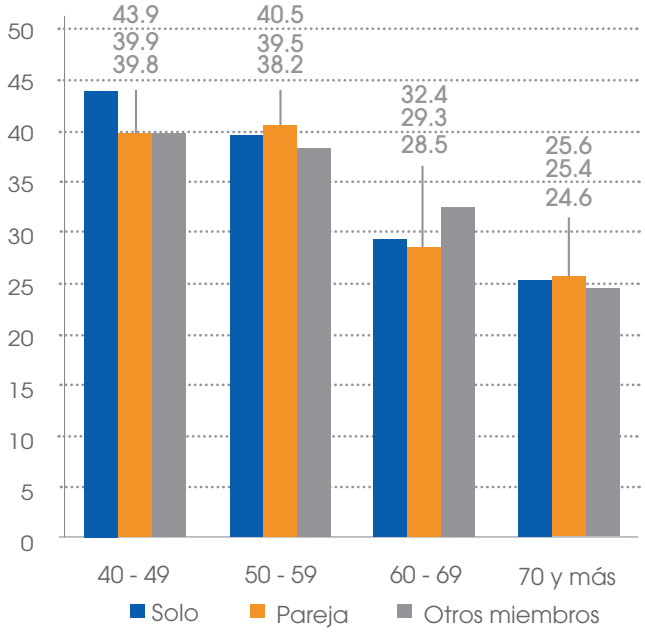


Figura 24

Promedio de horas que trabajan las mujeres, por tipo de cohabitación y grupos etarios



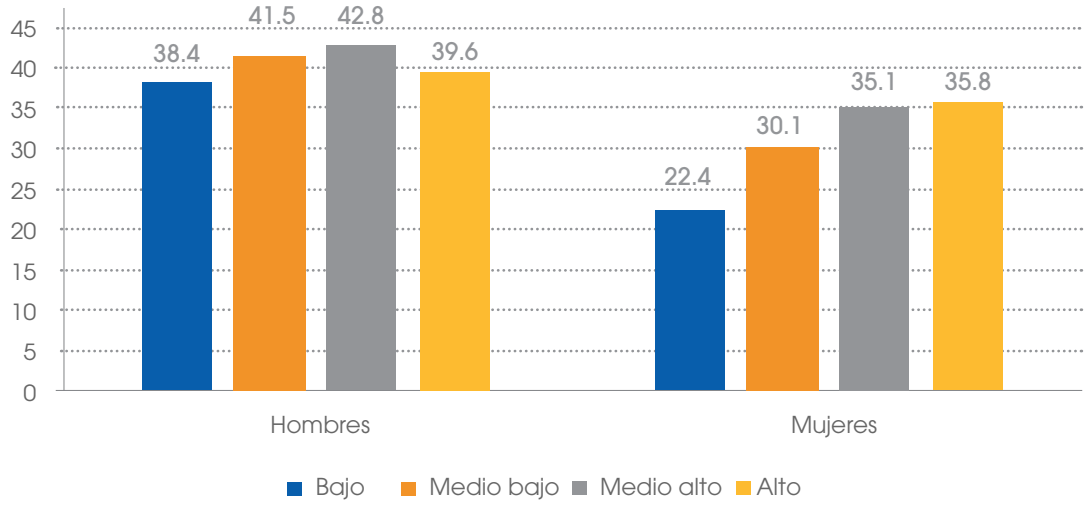
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

La caída en las horas trabajadas por las personas de 60 años o más, en comparación con los más jóvenes, puede responder a la disminución de su capacidad física y al deterioro de su salud, circunstancia que agravan los ambientes de trabajo informales, cuyas condiciones por lo general son malas, pero también a la falta de ofertas y de oportunidades laborales. Esa reducción de las horas trabajadas por las personas mayores tiene que ver también con que prefieran jornadas de trabajo más cortas, como una alternativa al retiro definitivo.

El número de horas que trabajan las personas de 60 años y más, en todos los niveles socioeconómicos, es mayor en los hombres que en las mujeres. Los hombres del nivel socioeconómico medio alto trabajan el mayor número de horas (43 horas), y su equivalente se encuentra en las mujeres del nivel socioeconómico alto (36 horas) (Figura 25). En relación con los demás grupos etarios, las mujeres entre 50 y 59 años y las mayores de 70 trabajan un mayor número de horas en el nivel socioeconómico medio alto (entre 35 y 42 horas)[17]. Los hombres, por su parte, trabajan el mayor número de horas en el nivel socioeconómico medio bajo (entre 39 y 52 horas) y en todos los grupos etarios, a excepción del grupo de 60 a 69 años (Figuras 26 y 27).

Figura 25

Promedio de horas que trabajan las personas de 60 años y más, por nivel socioeconómico y sexo



17 Al desagregar por sexo, grupos etarios y nivel socioeconómico, en varios casos se evidencian muy pocas observaciones (menos de 200). Se recomienda, entonces, no desagregar el análisis por sexo y los grupos etarios de mayores de 60 años, sino dejarlos en una misma categoría.

Figura 26

Promedio de horas que trabajan los hombres, por nivel socioeconómico y grupos etarios

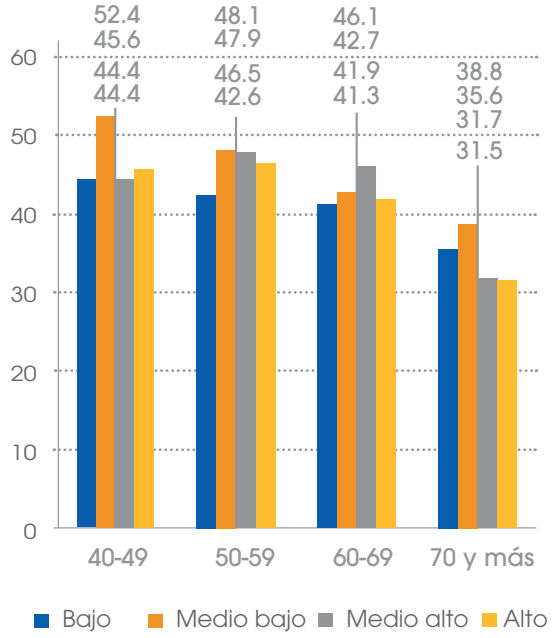
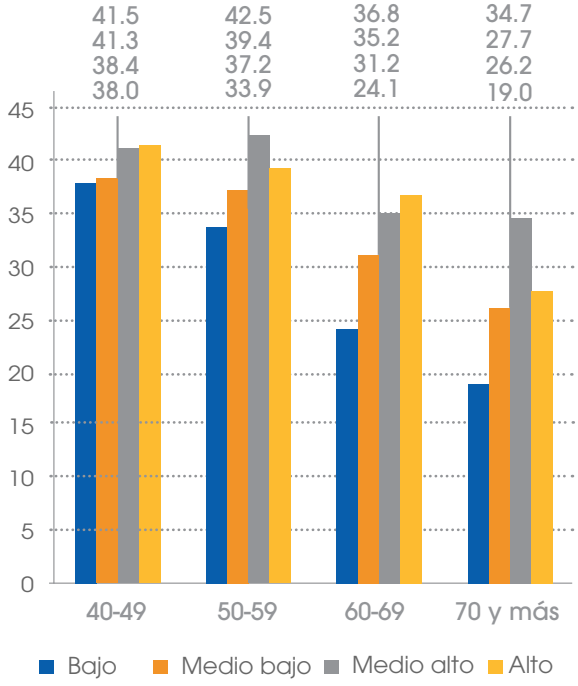


Figura 27

Promedio de horas que trabajan las mujeres, por nivel socioeconómico y grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

3.4.4. La informalidad laboral de las personas mayores

En esta sección se estudia la informalidad laboral de las personas mayores y de quienes alcanzarán la edad de jubilación en los próximos 20 años. Como se ha mencionado, la alta informalidad del mercado laboral colombiano es uno de los mayores obstáculos para garantizar el acceso a la protección durante la vejez y al aumento de la cobertura en pensiones. Los trabajadores informales (e incluso parte de los formales) no logran cumplir con los requisitos de edad y número de semanas cotizadas para obtener una pensión[18] (Ministerio de Trabajo, n.d.). Además, después de la edad de jubilación, las ya altas tasas de informalidad aumentan para los mayores de 60 años (Figuras 29 y 30). Esto refleja la dificultad que los trabajadores de los países en desarrollo tienen para mantenerse en el sector formal, incluso para quienes formaron parte de dicho sector a lo largo de su vida laboral (OIT, 2013). De acuerdo con el patrón observado de formalidad/informalidad, se espera que al jubilarse las personas mayores pasen del sector formal al informal en busca de flexibilidad, pues encontrar un nuevo trabajo a esa edad es más difícil. En la mayoría de los casos, el paso al mercado informal implica un deterioro de las condiciones de trabajo, pero a la vez una mayor flexibilidad en los horarios y en el número de horas trabajadas.

En los hombres, las tasas de informalidad en la zona rural son mayores a los de la zona urbana desde los 10 hasta los 59 años, momento en el que las tasas en zona urbana superan a las rurales. En el caso de las mujeres, las tasas de la zona rural son mayores a las de la zona urbana hasta los 69 años. En general, las tasas de informalidad en la zona rural son más altas en las mujeres, mientras que las de la zona urbana son similares por sexo (Figuras 29 y 30).

Las tasas más altas de informalidad tanto en las personas mayores como en los diferentes grupos etarios se presentan en las mujeres. Amerita resaltar que la informalidad en las zonas urbanas tiene un patrón de U: alcanza la tasa mínima entre los 20 y 29 años y luego aumenta a medida que se envejece. Sin embargo, en las zonas rurales la tendencia es diferente: la informalidad disminuye en los hombres con el pasar de los años, y se mantiene relativamente estable en el caso de las mujeres. Si se compara con el promedio nacional (57.7 %), las tasas de informalidad de las mujeres en

18 El número de semanas cotizadas que exige el Régimen de Prima Media es de 1.300. En el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad no hay límite de semanas. La edad de jubilación para los hombres es de 62 años y para las mujeres es de 57 años (Villar, Forero y Becerra, 2014).

todos los grupos etarios son más altas; las de los hombres de 70 años o más y de 40 a 49 años alcanzan a ser menores (48 % y 54.2 % respectivamente).

Figura 28

Tasas de informalidad de las personas de 60 años y más por sexo y área

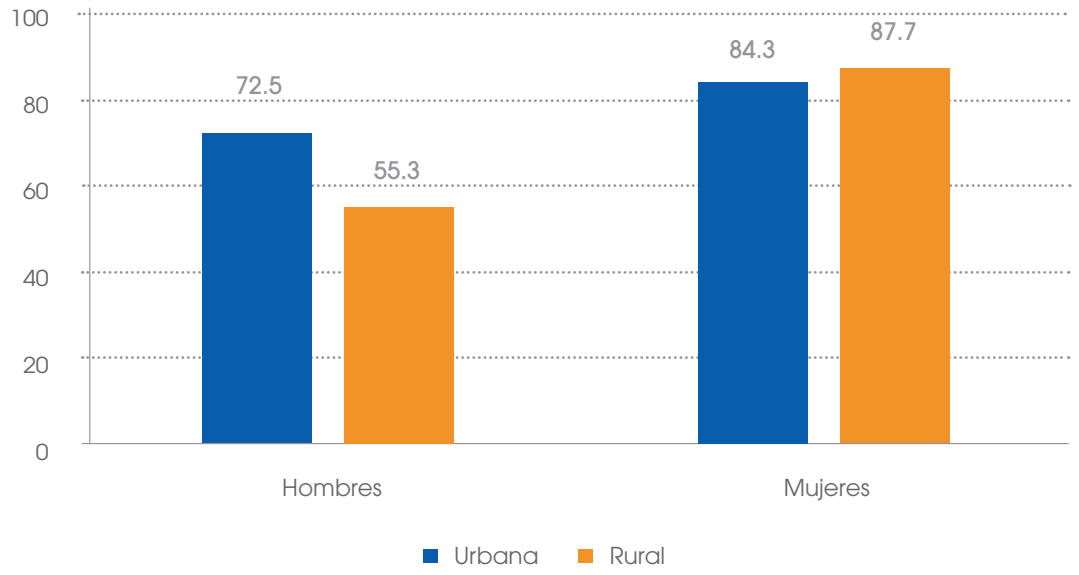


Figura 29

Tasas de informalidad de los hombres por área

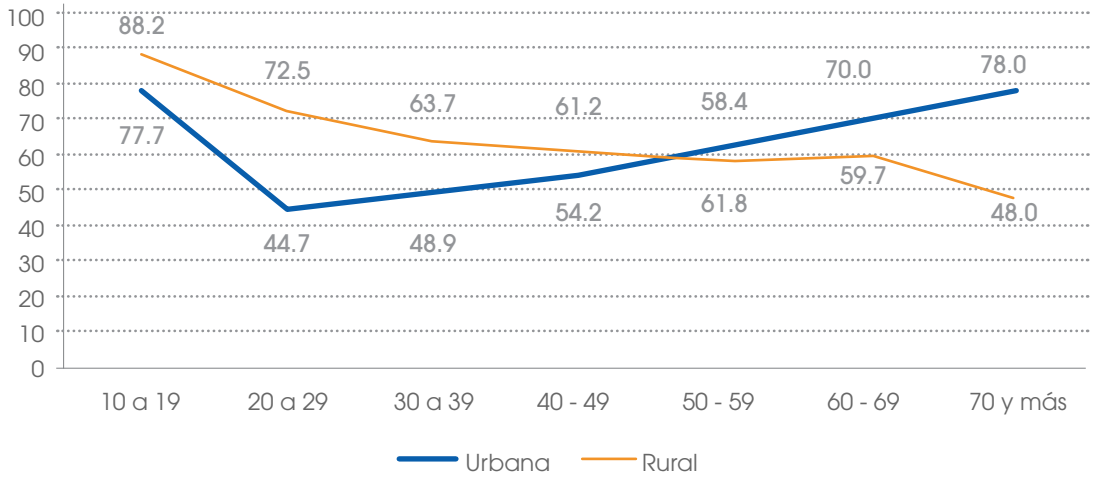
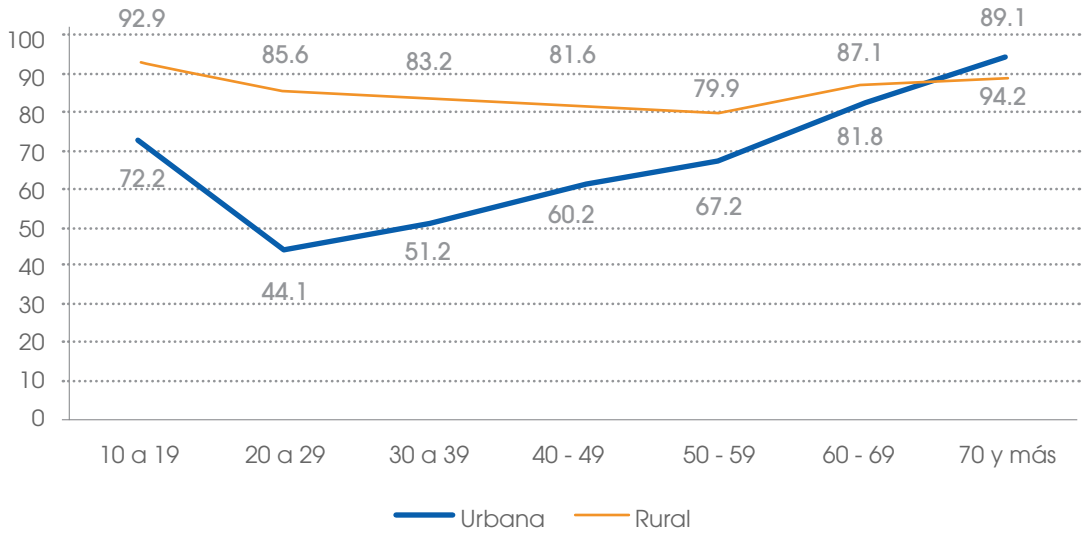


Figura 30

Tasas de informalidad de las mujeres por área



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

Los empleos informales se caracterizan por ingresos más bajos e inestables, menos o nulas posibilidades de capacitación y mayores probabilidades de ser afectados por los ciclos económicos (Pagés y Stampini, 2007). Así, ante la imposibilidad de tener ingresos suficientes para retirarse del mercado laboral, las personas mayores se ven obligadas a seguir trabajando por largos períodos en empleos de menor calidad e ingresos. Por otro lado, parte del aumento de la informalidad también podría tener explicación en el hecho de que las personas mayores prefieren jornadas de trabajo más cortas y flexibles (en el mercado informal es más fácil encontrar estas opciones). La alta informalidad en la población mayor también se puede explicar por su muy bajo nivel educativo: el 61 % no tiene ningún tipo de educación o no completó la primaria; el 23.8 % tiene primaria completa, el 2.5 % hasta noveno grado, el 5.6 % terminó el bachillerato y solo el 7.1 % tiene educación superior o más. Los bajos niveles educativos dificultan la inserción en el sector formal del mercado laboral.

Esta falta de educación también se refleja en el poco o nulo conocimiento que tienen las personas mayores sobre el sistema pensional en general. La gran mayoría de los participantes de los grupos focales, manifestaron ignorar cómo funciona

el sistema pensional, e incluso algunos creen que únicamente los empleados del Gobierno se pueden pensionar. Esta apreciación errónea tiene una explicación: uno de los principales generadores de empleo formal en las regiones es el Estado y además el sistema pensional solía ser para los empleados públicos. De hecho, en los grupos focales se observó que los que lograron acceder a pensiones eran en su mayoría ex empleados del Gobierno.

En los grupos focales de ingresos bajos, la gran mayoría de las personas mayores trabajaron toda su vida en el mercado laboral informal, principalmente en las labores del campo y en el sector servicios, razón por la cual su preparación económica para la vejez es precaria y por ello se ven obligados a continuar trabajando después de la edad de jubilación. Aun en el caso de los que lograron acceder a una pensión, los ingresos que reciben por ese concepto los consideran insuficientes y por ello se vinculan a empleos informales. Esto puede ayudar a explicar el aumento de la informalidad después de los 50 años.

En el presente sigo trabajando en el campo. Yo trabajo con la agricultura a pequeña escala, con las dos vaquitas, cría de cuyes y gallinas ponedoras.

(Hombres, víctimas, Pasto)

Yo sí he trabajado: cocinando en restaurantes, y cuando estaba más nueva lavaba y planchaba ajeno, hacía galletas y todavía hago chicha. Me gano algo.

(Mujeres, bajos ingresos, Ayapel)

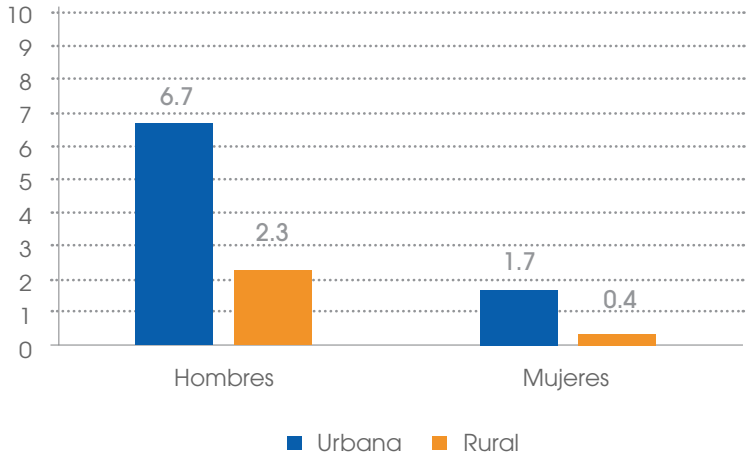
3.4.5. El desempleo en las personas mayores

Las tasas de desempleo[19] de las personas de 60 años y más, con respecto al promedio del total de la población, son muy bajas (8.8 %), y en ambas zonas son más altas en los hombres (6.7 % zona urbana y 2.3 % rural) (Figura 31).

19 De acuerdo con la definición del DANE, la tasa de desempleo se entiende como la relación porcentual entre el número de personas que están buscando trabajo (desocupados) y el número de personas que integran la fuerza laboral (PEA).

Figura 31

Tasa de desempleo de las personas de 60 años y más por área



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

En general, las mayores tasas de desempleo las registran las mujeres en ambas zonas, urbana y rural. En los hombres son más altas en la zona urbana (4.5 % en el grupo de 40 a 49 años y 16.3 % en el grupo de 10 a 19 años) que en la rural (1 % en los mayores de 60 años y 6.4 % en el grupo de 10 a 19 años). En las mujeres, al igual que los hombres, las tasas de desempleo son mayores en la zona urbana (4.1 % en las de 60 años y más, y 23.2 % en el grupo de 10 a 19 años) que en la rural (0.4 % en las de 60 años y 14,6 % en grupo de 10 a 19 años). Las tasas de las mujeres en ambas zonas y en todos los grupos etarios son más altas que las de los hombres. La tasa de desempleo más baja en los hombres es la del grupo etario de 40 a 49 años, con un 1.2 % en la zona rural y un 4.5 % en la zona urbana, mientras que la más baja de las mujeres se encuentra en el grupo de mayores de 60 años, con un 4.1 % en la zona urbana y 0.4 % en la rural (Figuras 32 y 33). Estos bajos niveles de desempleo podría explicarlos el fracaso en la búsqueda de empleo, que puede tener efectos a largo plazo: se desaniman rápidamente ante la dificultad o imposibilidad de poder participar en el mercado laboral (Cotlear, 2011). Por otra parte, las personas mayores, que no tienen la opción de dejar de trabajar, aceptan trabajos informales o mal remunerados (Cotlear, 2011).

Figura 32

Tasa de desempleo de los hombres por grupo etario y área[20]

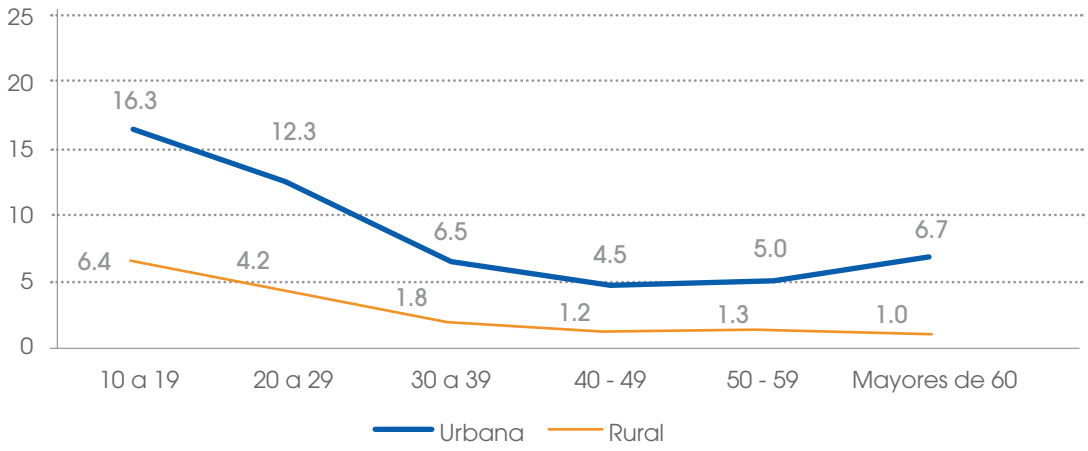
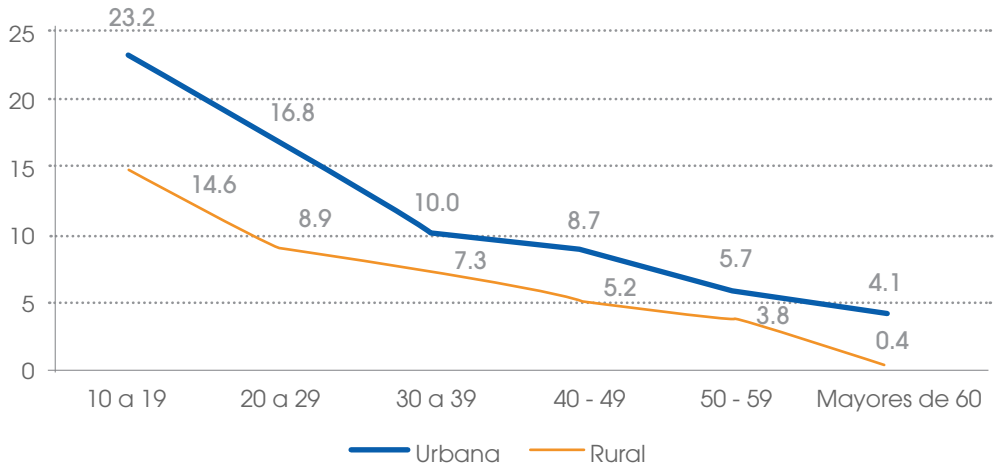


Figura 33

Tasa de desempleo de las mujeres por grupo etario y área



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

20 Los grupos etarios de 60 a 69 años y los mayores de 70 fueron agrupados en el grupo de 60 años y más, pues se tenían pocas observaciones y no arrojaban resultados representativos.

3.4.6. Los ingresos de las personas mayores

Otro tema crucial sobre la situación de las personas mayores es el monto de los ingresos y su composición, y el porcentaje que corresponde a cada fuente: ingresos laborales, ingresos no laborales e ingresos por pensiones[21]. Para analizar el nivel de ingresos se definieron unas categorías con base en el valor del Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV) del año 2013, según el Banco de la República (2015). Los valores de cada categoría son: entre cero y menos de un SMMLV (menos de $589.500); entre uno y menos de dos SMMLV (mayor o igual a $589.500 y menos de $1.179.000); y dos o más SMMLV (más de $1.179.000).

El 77.2 % de las personas de 60 años o más, esto es, tres de cada cuatro personas mayores, no recibe ingresos[22]; el 3.6 % recibe menos de un SMMLV, el 9.7 % entre uno y menos de dos SMMLV y el 9.5 % recibe dos o más SMMLV (Figura 34). Del análisis por sexo se desprende que es mayor la proporción de mujeres que no recibe ingresos que la de los hombres: el 80.4 % de las mujeres mayores de 60 años no recibe ingresos; en los hombres esta proporción es del 73.4 %. Por otra parte, un mayor porcentaje de hombres que de mujeres recibe mayores ingresos: el 12.2 % de los hombres y el 7.2 % de las mujeres reciben dos o más SMMLV. Así, no solo un mayor porcentaje de mujeres de 60 años y más no recibe ingresos, sino que además un menor porcentaje de ellas recibe mayores ingresos (Figura 35).

21 En cada uno de los cálculos de ingresos –laboral, no laboral y por pensiones– se hizo imputación múltiple teniendo en cuenta las siguientes características: edad, sexo, nivel socioeconómico, área (urbana-rural), informalidad y número de horas trabajadas. Las características de la imputación del ingreso por pensiones fueron: edad, sexo, nivel socioeconómico, área e informalidad.

22 La variable ingreso está compuesta por ingresos laborales, no laborales y pensiones. En este cálculo no se hizo imputación múltiple (por el alto número de observaciones, el software estadístico no calculó las proporciones).

Figura 34
Distribución de las personas de 60 años o más según ingresos
(medidos en Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes del 2013)

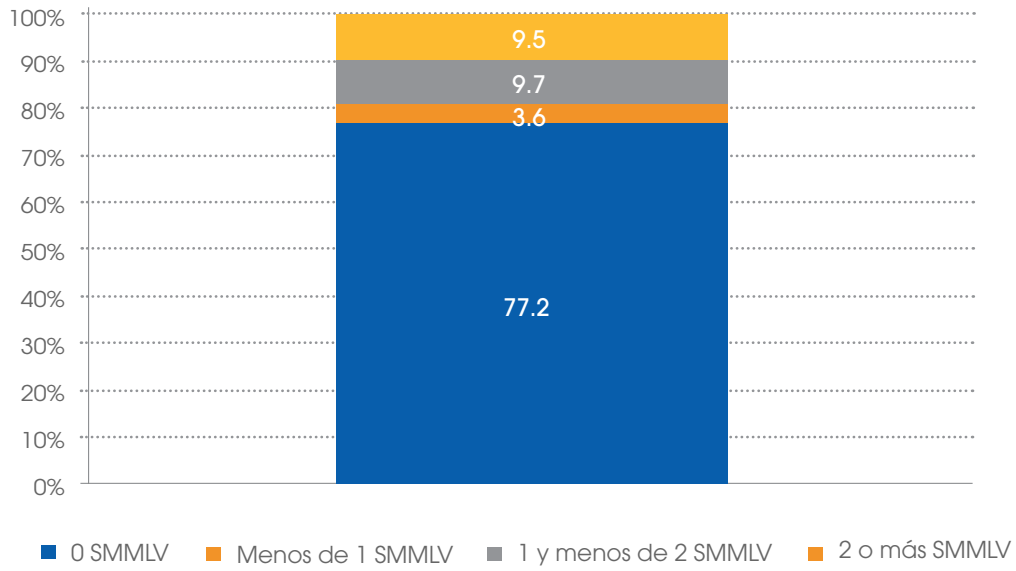
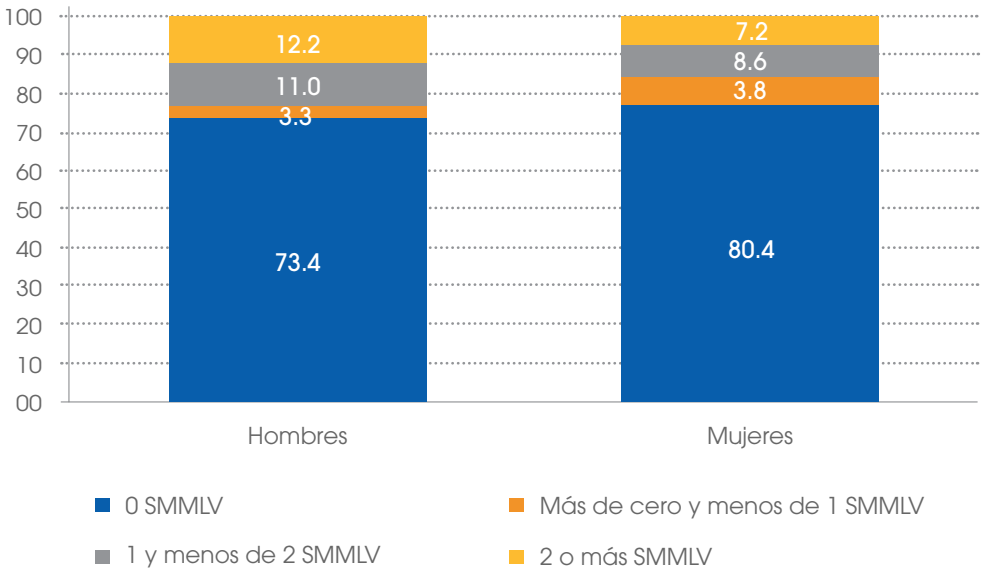


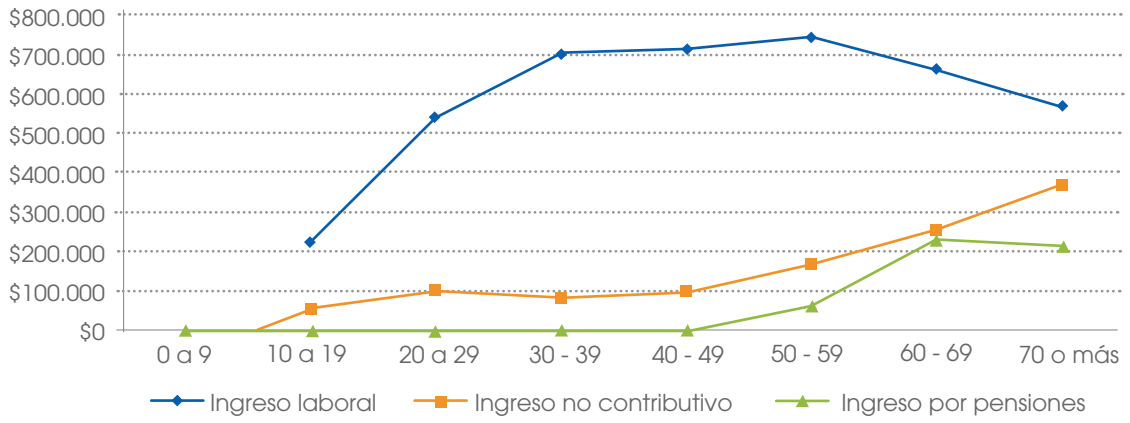
Figura 35
Distribución de hombres y mujeres de 60 años o más según ingresos
(medidos en Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes del 2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de la
Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013

Con respecto a la fuente de ingresos, a lo largo del ciclo de vida los ingresos laborales son superiores a los ingresos no laborales[23], e incluso en las edades de jubilación son más altos que los ingresos por pensión. Los ingresos laborales aumentan desde los 12 años hasta aproximadamente los 50, momento en el cual comienzan a disminuir. A partir de esta edad, los ingresos no laborales y pensionales empiezan a aumentar. El ingreso no laboral permanece casi constante entre los 18 y los 52 años, y a partir de entonces aumenta con la edad, hasta aproximadamente los 75 años. Es importante resaltar que los ingresos por pensiones, aunque se incrementan a partir de las edades de jubilación, no lo hacen lo suficiente como para superar, al menos, los ingresos no laborales. Las personas de 60 a 69 años reciben mensualmente en promedio $664.000 por ingresos laborales, $255.000 por ingresos no laborales –subsidios, ayudas familiares– y $230.000 por pensiones (Figura 36).

Figura 36
Ingresos mensuales por edades: laborales, no laborales y por pensiones



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

23 El ingreso no laboral está constituido por subsidios, pagos no laborales de alimento y transporte en dinero, ingresos por concepto de arriendos y ayuda de familiares o amigos. El análisis no incluye ingresos por capital, como intereses.

Al analizar las tendencias por sexo (Figura 37), todos los ingresos son mayores en los hombres que en las mujeres. En ningún punto del ciclo de vida, los ingresos laborales de las mujeres son más altos que los de los hombres. Los de estos últimos aumentan hasta los 50 a 59 años de edad, y en ese momento comienzan a descender. En las mujeres aumentan hasta los 30 años, luego viene un plato entre los 30 y los 59 años, y a partir de entonces los ingresos comienzan a disminuir. Entre los 60 y los 69 años, los hombres ganan al mes, en promedio, $724.000 y las mujeres $539.000. Después de los 70 años, este ingreso ha bajado $80.000 pesos para los hombres y $212.000 para las mujeres.

Es interesante que, a diferencia de los ingresos laborales, los no laborales son más altos en las mujeres que en los hombres (Figura 38). Las mujeres reciben entre los 60 y los 69 años $345.000 de ingresos no laborales, y los hombres tan solo $155.000. Este monto aumenta a $424.000 para las mujeres de 70 años o más, y a $313.000 para los hombres de la misma edad. Una hipótesis explicativa es que tal vez las mujeres reciban más ayuda de sus familiares, sobre todo de sus hijos, y también subsidios del Estado, que en su mayoría se destinan a ellas.

Tanto en hombres como en mujeres, los ingresos por concepto de pensiones aparecen, como era de esperarse, a partir de los 50 años, es decir, alrededor de la edad de la jubilación, con brechas importantes entre hombres y mujeres (Figura 39): mientras que los hombres de 60 a 69 años registran un promedio de ingresos mensuales por pensiones de $292.000, los de las mujeres son tan solo de $174.000. Las diferencias persisten entre los hombres y las mujeres mayores de 70 años, y en general tienen que ver tanto con el menor porcentaje de mujeres pensionadas que de hombres, como con el menor monto que reciben las pensionadas, el que a su vez se debe al menor número de semanas cumplidas y a los menores ingresos percibidos durante la vida laboral.

Figura 37
Ingresos laborales mensuales por sexo y grupo etario

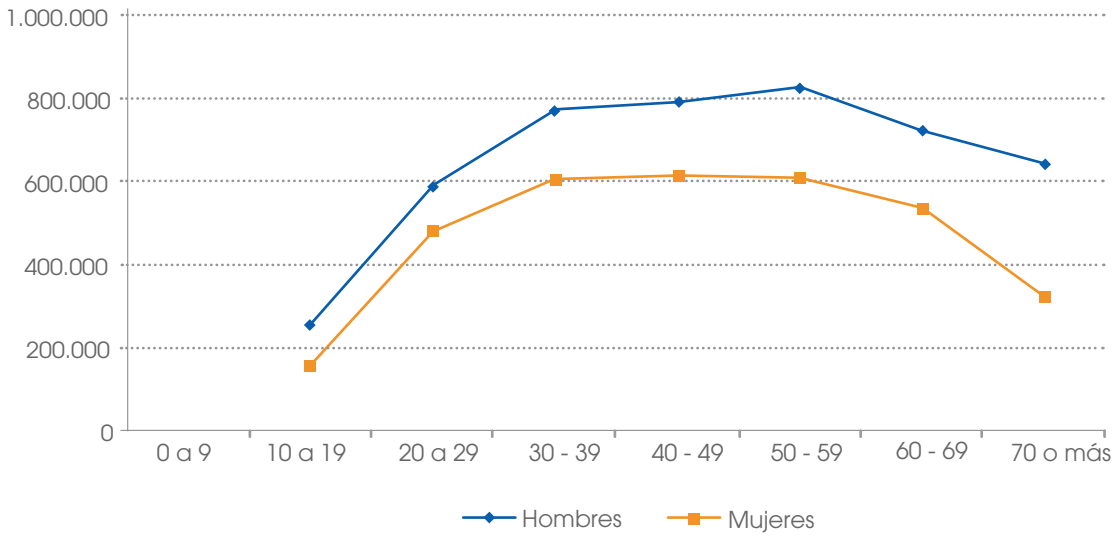


Figura 38
Ingresos no laborales mensuales por sexo y grupo etario

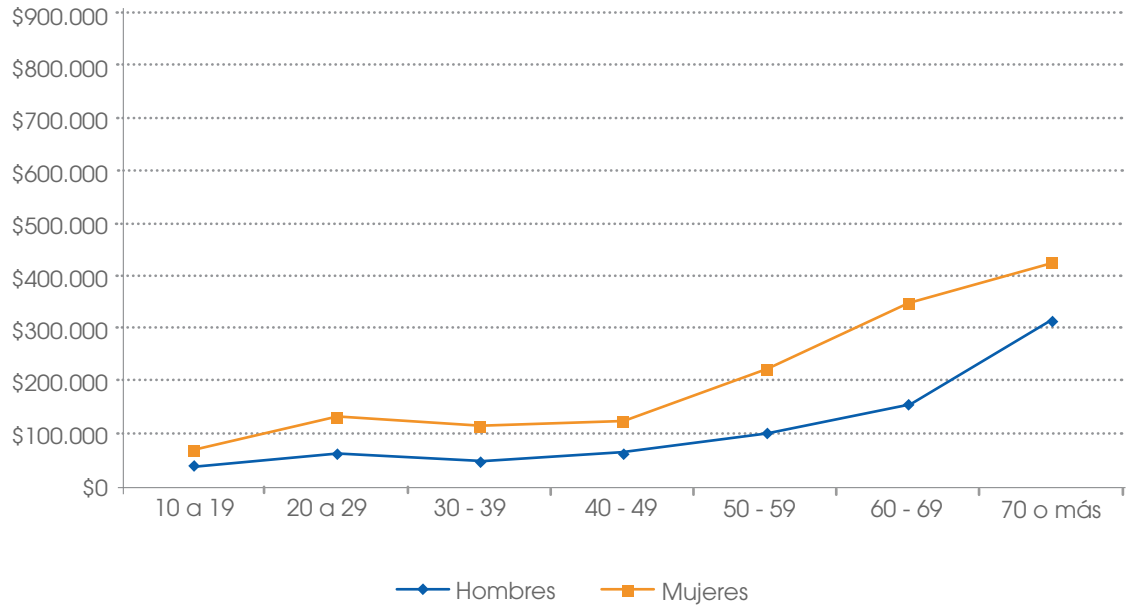
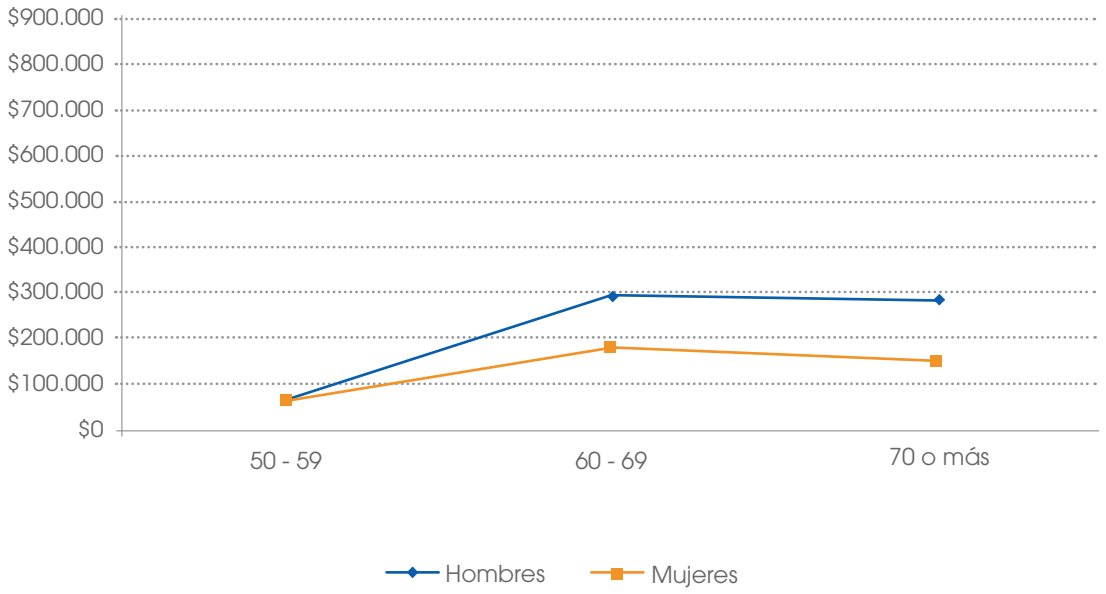


Figura 39
Ingresos mensuales por pensiones a partir de los 50 años (por sexo y grupo etario)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

Aun cuando las mujeres reciben más ingresos no laborales que los hombres –y en todo caso menos ingresos pensionales–, los primeros no alcanzan a compensar la menor cuantía de los ingresos laborales y pensionales y terminan recibiendo en total menos ingresos que los hombres. En relación con la composición de los ingresos, el laboral representa proporciones similares en las personas mayores de ambos sexos: en las mujeres el 54 % y en los hombres el 56 %. El ingreso no laboral es más alto para las mujeres (32 %); el de los hombres representa el 20 %. Las pensiones en las mujeres representan el 14 % de los ingresos, mientras que en los hombres representan el 25 % (Figura 40). Las diferencias y las tendencias en materia de ingresos se mantienen durante todo el ciclo de vida (Figuras 41 y 42).

Figura 40
Composición del ingreso mensual en las personas de 60 años o más

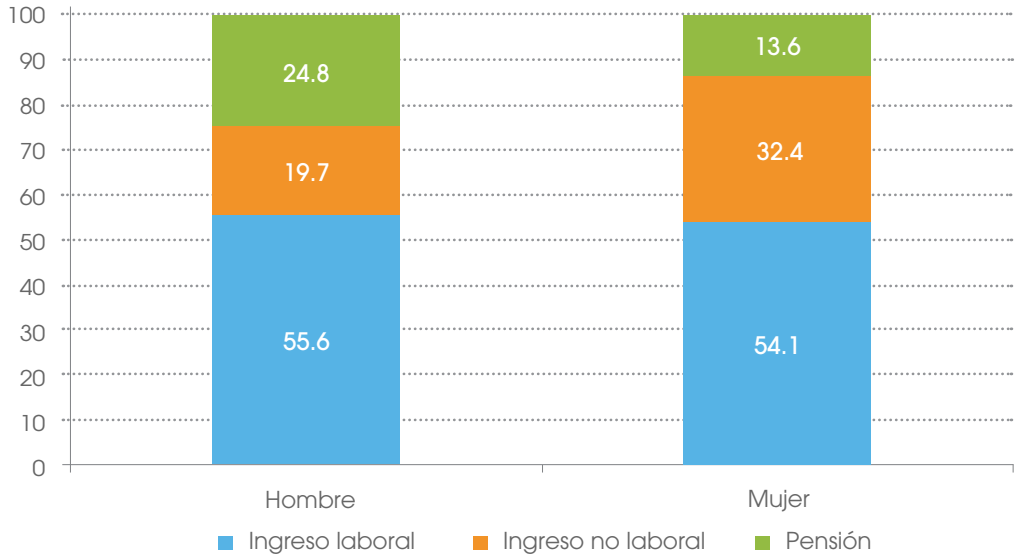


Figura 41
Composición del ingreso mensual de los hombres por grupos etarios

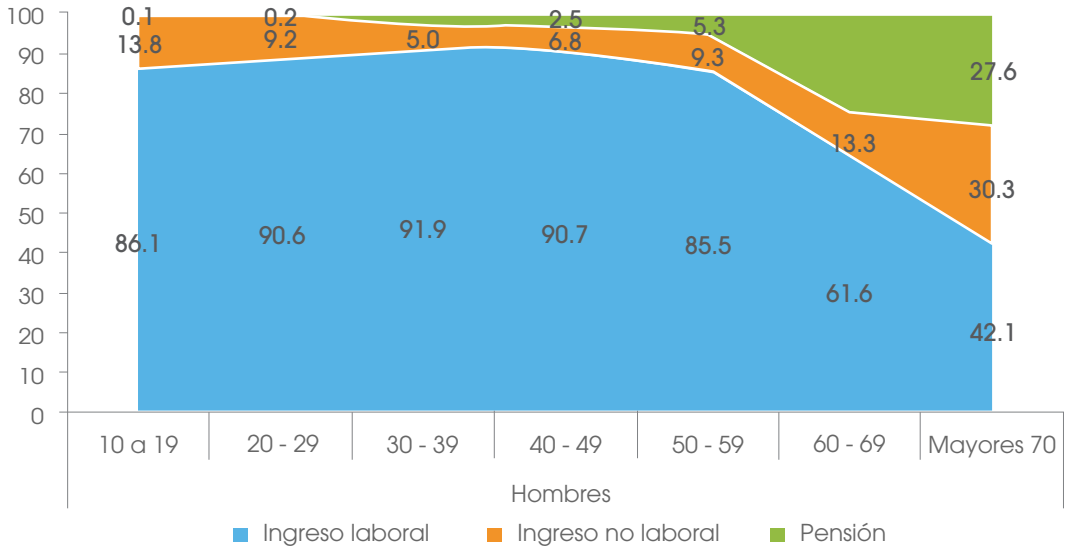
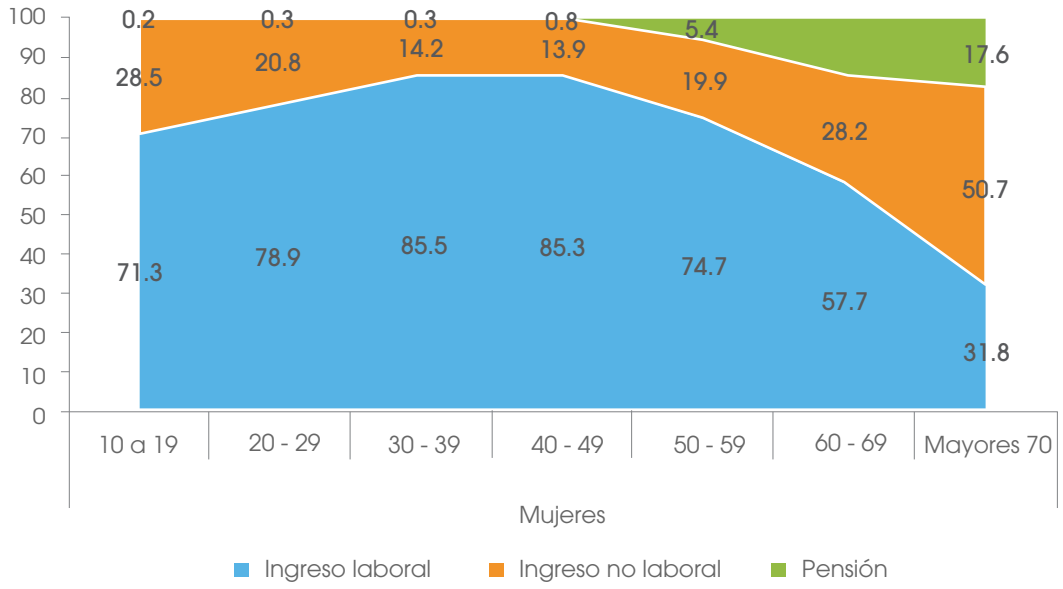


Figura 42
Composición del ingreso mensual de las mujeres por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de la
Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013

La disminución de los ingresos laborales no siempre se percibe como un deterioro de las condiciones económicas. Según los resultados cualitativos, las personas tienen opiniones disímiles sobre su situación económica en comparación con la que tenían en su juventud: un poco más de la mitad de las referencias de las personas en los grupos focales de ingresos medios y altos son de mejoría (Figura 43). Esto se debe a que las personas mayores, en su mayoría, ya no tienen quien dependa de ellas, lograron acceder a mejores trabajos al final de su vida laboral, adquirir activos –vivienda y bienes muebles–, poner en marcha negocios en compañía de familiares cercanos y reciben ingresos por pensiones.

Las referencias a una mejor situación económica en la vejez disminuyen a cerca del 30 % en los grupos de bajos ingresos, en los que una mayor proporción de declaraciones aluden a un empeoramiento. Las personas mayores que hacen parte de estos grupos tienen que seguir trabajando para

su sustento y el de sus familias, y además se perciben en desventaja en el mercado laboral, principalmente por el deterioro de sus condiciones físicas y la falta de habilidades para las nuevas tecnologías. Quienes han sido víctimas del conflicto armado manifiestan que su situación económica empeoró a causa del desplazamiento: se vieron obligados a abandonar sus tierras y demás activos y a cambiar de actividad económica. Su vinculación al mercado laboral en las ciudades es muy difícil: en su mayoría tienen vocación agrícola y vivían dignamente de su actividad; ahora viven del rebusque y muchos de ellos aún son la única fuente de ingreso en el hogar. Además, en el campo obtenían el alimento de su propia tierra y en las áreas urbanas tienen que comprar todo, y pagar mayores montos por impuestos y arriendo.

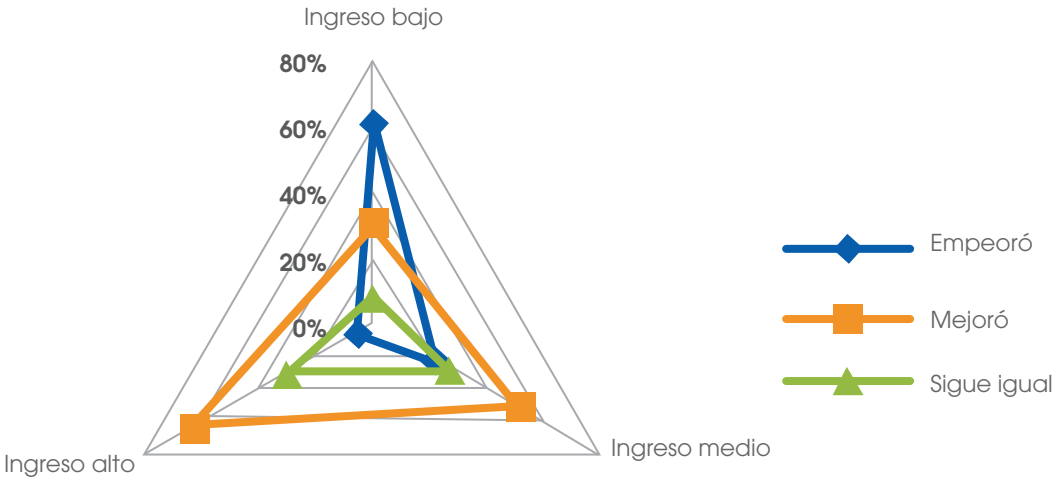
La vida mía yo la comparo en dos áreas: el área de mi juventud, desde la edad de 12 años, cuando comencé a trabajar como una persona ya de uso y razón. Fue cuando alcancé a obtener un pedazo de tierra. Pero pasé a no tener nada, porque la tuve que abandonar. Todo lo que tenía en mi pedazo de tierra, se me perdió. Yo tenía una casa elegante, y esa vida fue mejor para mí. Pero del 69 para acá fue una vida muy caótica, muy tremenda: saber usted qué es que usted tenga que abandonar lo suyo.

(Hombres, víctimas, Montería)

Ahora estoy mejor, porque todos los hijos se casaron. Vivo con el menor, pero él trabaja y la señora también, entonces ya va alcanzando un poquito más el sueldo.

(Mujeres, pensionadas, Montería)

Figura 43
Composición del ingreso mensual de las mujeres por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo cualitativo.

3.4.7. Los aportes de las personas mayores a sus hogares

Finalmente, en esta sección se analizan los aportes y las contribuciones de las personas mayores al hogar. Es importante tener en cuenta que ellas no necesariamente son dependientes de otros: en muchos casos no solo hacen aportes, sino que otros miembros del hogar dependen de ellos.

Las personas de 60 años o más contribuyen con los gastos del hogar de diferentes formas. En todos los rubros, por lo menos el 24 % de las personas mayores paga en su totalidad el costo de ese rubro en particular; es decir, que son los únicos que aportan a ese gasto: el 24 % de las personas mayores asume todos los gastos de la vivienda; un 34 % costea los gastos de la ropa de los miembros del hogar; un 29 % asume la totalidad del costo de la comida y un 37.2 % corre con la totalidad de los gastos de transporte o paseos. De igual forma, por lo menos el 18 % de las personas mayores paga parcialmente los gastos de cada rubro: un 30 % asume en parte los gastos de comida del hogar y un 24.2 % los gastos médicos. Cabe resaltar que casi una cuarta parte

de las personas mayores costea la totalidad de los gastos de vivienda, si bien no son los principales aportantes: el 27 % afirma que alguien más asume esos gastos y el 28 % manifiesta que no hace ese gasto (Figura 44).

Al analizar estas contribuciones por sexo, en general, en todos los rubros de gasto, los hombres contribuyen más que las mujeres: asumen más la totalidad de los gastos del hogar, pero también los gastos parciales de cada rubro: casi el 77 % de los hombres y el 36 % de las mujeres contribuyen parcialmente o con la totalidad de los gastos del hogar en comida; un 56 % de los hombres y un 35 % de las mujeres costean, así sea en parte, los gastos en vivienda (casa). Estos aportes no son para nada despreciables y evidencian la importancia del apoyo que brindan las personas mayores en los gastos del hogar (Figuras 45 y 46).

Figura 44
Distribución de las personas de 60 años y más, según la contribución a los gastos del hogar

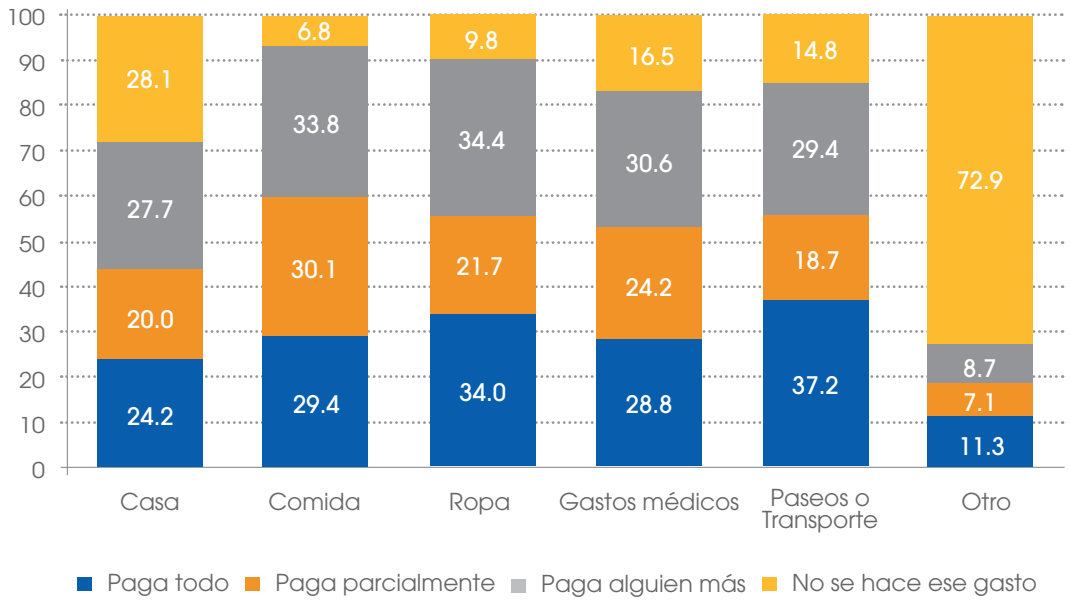


Figura 45
Distribución de los hombres de 60 años y más, según la contribución a los gastos del hogar

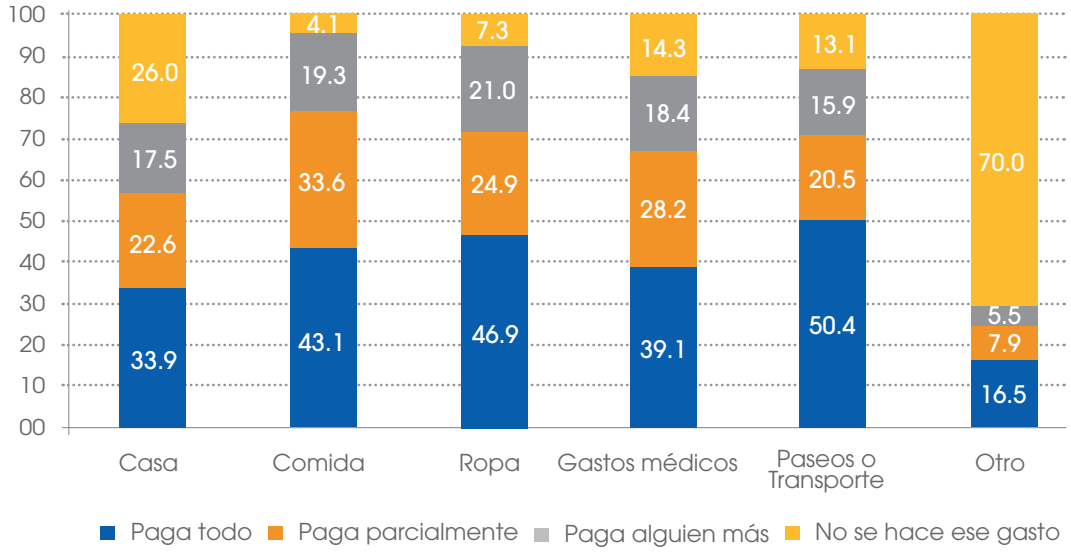
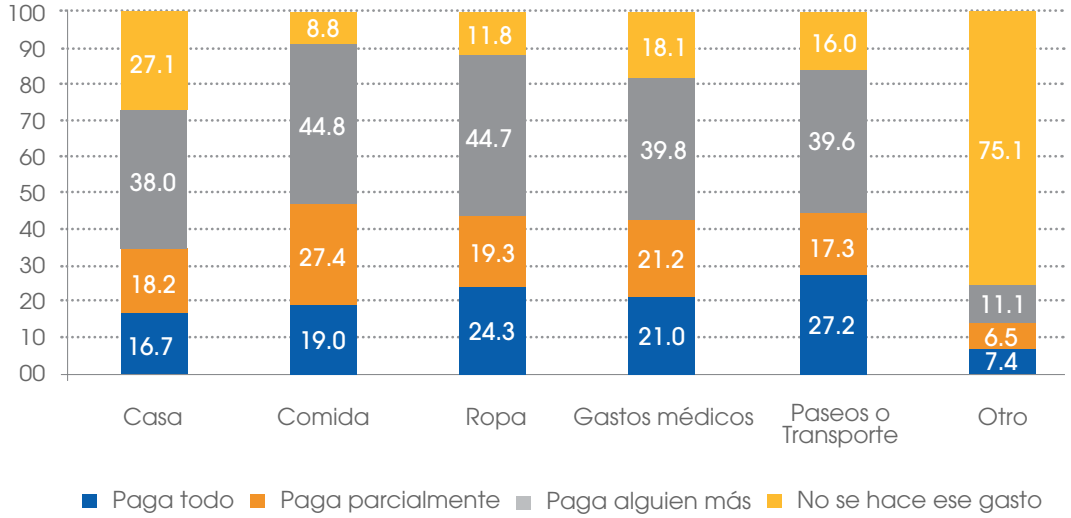


Figura 46
Distribución de las mujeres de 60 años y más, según la contribución a los gastos del hogar



Fuente: Elaboración propia a partir de la
Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

A pesar de la avanzada edad de las personas mayores, el 61 % aún tiene familiares que dependen de sus ingresos (Figura 47). Al desagregar este análisis por sexo, es claro que de los ingresos de los hombres dependen más personas. La mayor diferencia se presenta en la dependencia de dos a cuatro personas: de los hombres dependen en un 41 % y de las mujeres en un 24 % (Figura 48).

Figura 47
Distribución del grupo de 60 años y más, según el número de personas que dependen de sus ingresos

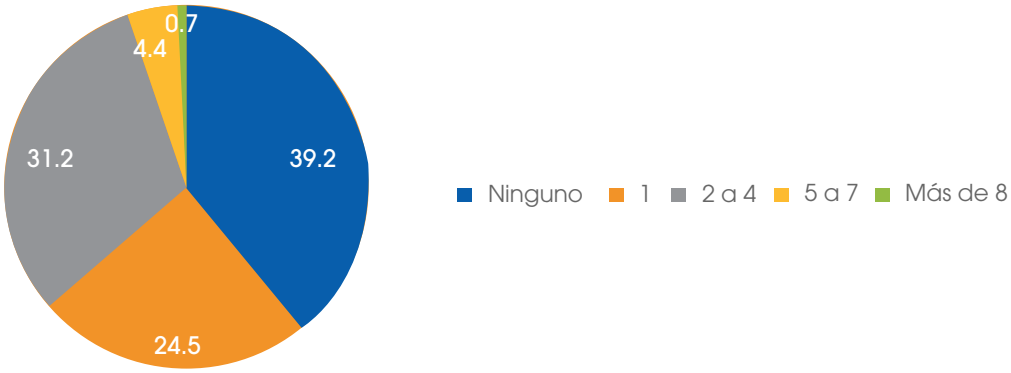
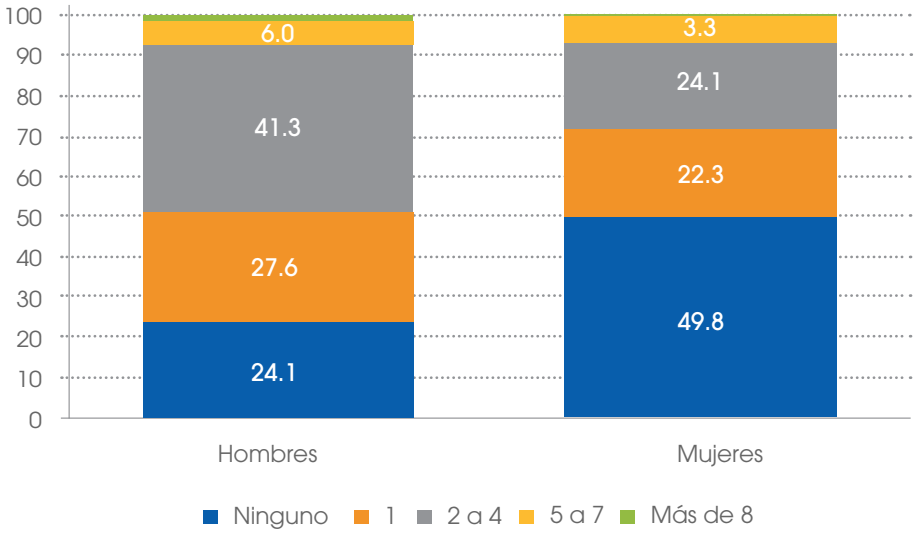


Figura 48
Distribución del grupo de 60 años y más, según el número de personas que dependen de sus ingresos (por sexo)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

3.5. Conclusiones e implicaciones de política

El 31 % de las personas mayores aún trabaja, promedio que está por encima del 10 % de la OECD (Cotlear, 2011). En todos los grupos etarios y en las zonas urbanas es mayor la tasa de ocupación en los hombres, sobre todo la de aquellos que viven solos y cuyo nivel socioeconómico es más bajo, lo que sugiere que, por no haber accedido a una pensión, muchas personas mayores se ven obligadas a seguir trabajando. A partir de los 50 a los 59 años, disminuye la importancia de la actividad "trabajo" o "buscando trabajo", y aumenta la actividad "oficios del hogar" y la discapacidad permanente para trabajar.

Se estima que los hombres de 60 años y más trabajan en promedio 41 horas semanales en las áreas urbanas y 39 horas en las zonas rurales. En contraste, las mujeres de las zonas urbanas trabajan 31 horas y las de las áreas rurales solo 21 horas. Si bien estas jornadas de trabajo son significativamente inferiores al promedio nacional, en todo caso pueden ser muy largas tratándose de personas mayores.

Después de la edad de jubilación, las tasas de informalidad aumentan entre los mayores de 60 años en las zonas urbanas. Esto refleja la dificultad que encuentran los trabajadores para ingresar o mantenerse en el sector formal, incluso para quienes formaron parte del sector a lo largo de su vida laboral. La informalidad es uno de los mayores obstáculos para garantizar la protección durante la vejez y aumentar la cobertura en pensiones. Esta creciente informalidad se relaciona con el hecho de que en las personas de 60 años y más se registran tasas muy bajas de desempleo con respecto al promedio del total de la población. De hecho, esos niveles se explican porque se fracasa en la búsqueda de trabajo: ante la dificultad de participar en el mercado laboral, se desaniman rápidamente y desisten, o aceptan trabajos informales y generalmente mal pagos (Cotlear, 2011).

El 77.2 % de las personas de 60 años y más no recibe ingresos de ninguna índole; el 3.6 % recibe menos de un SMMLV, el 9.7 % entre uno y menos de dos SMMLV y el 9.5 % recibe dos o más SMMLV. En promedio, mensualmente, las personas de 60 a 69 años reciben $664.000 por ingresos laborales, $255.000 por ingresos no laborales –subsidios, ayudas familiares– y $230.000 por concepto de pensiones.

Los aportes económicos de las personas mayores son cruciales en el presupuesto de las familias colombianas: el 24 % de ellas asume la totalidad de los gastos de la vivienda (casa), un 34 % costea todos los gastos de ropa en el

hogar y el 61 % tiene una o más personas que dependen de sus ingresos. Los hombres contribuyen más que las mujeres a los gastos del hogar.

Los indicadores de ocupación, informalidad, ingresos laborales y pensiones son peores en las mujeres de 60 años y más que en los hombres, y sobre todo en las que viven en las zonas rurales. Esto, sumado a que la expectativa de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, las hace particularmente vulnerables durante la vejez.

En síntesis, las personas mayores no están preparadas económicamente para la vejez, y su situación laboral después de los 60 años refleja las dificultades económicas que enfrenta la mayoría. Hacemos dos recomendaciones para enfrentar este fenómeno: diseñar y aplicar políticas específicas para que las cohortes más jóvenes –el actual bono demográfico– lleguen más preparadas económicamente para la vejez; hacer los cambios necesarios para mejorar la situación laboral y económica de las personas mayores en la actualidad.

1. ¿Qué políticas e inventivas deben desarrollarse para que los jóvenes y adultos de hoy se preparen mejor para la vejez?

Colombia tiene una inmensa posibilidad de reducir la informalidad laboral y el desempleo de los jóvenes en Colombia. Este estudio observó, por ejemplo, que las tasas de informalidad, en todos los grupos etarios, son menores cuando el nivel educativo es mayor. En el grupo de 25 a 39 años, sin ningún nivel de educación, la tasa de informalidad es del 78.7 %; en cambio, en el mismo grupo, pero con educación universitaria, esta tasa es del 15 % (ECV, 2013). A su vez, son las cohortes más jóvenes las que registran más años de educación: mientras que las personas de 55 a 65 años en las zonas urbanas tienen en promedio 6.5 años de educación, las de 25 a 39 llegan a 11 años de educación, lo que equivale al bachillerato o a la educación media completa.

Una estrategia que apunta al aumento del empleo formal es el impulso de los programas de capacitación que facilitan la transición de los jóvenes –altamente afectados por la informalidad y el desempleo– al mercado laboral. Algunos de esos programas en la región son ProJovem en Brasil, Jóvenes con Oportunidades en México, Jóvenes con Más y Mejor Trabajo en Argentina, Chile Joven en Chile y Jóvenes a la Obra (antes ProJoven) en Perú y Jóvenes en Acción en Colombia.

En México, Brasil, Colombia y Argentina se les otorga a los jóvenes transferencias condicionadas para estimularlos a que concluyan el ciclo de

educación superior y tengan mayores opciones de empleo en el sector formal y la posibilidad de acceder a una pensión en el futuro. De hecho, la informalidad laboral se asocia a niveles de educación bajos: el 53.2 % de los trabajadores informales tiene educación secundaria y el 29.6 % solo primaria. Prueba de la importancia de mejorar el acceso y la calidad de la educación, y de reducir la deserción escolar, sobre todo en las zonas rurales. La ampliación de la cobertura educativa se debe acompañar de mejoras en las capacidades técnicas de la fuerza laboral, es decir, que la educación debería tener claras las necesidades del sector productivo, del tejido empresarial, para así contribuir a la productividad en el país y evitar también la sobrecalificación, esto es, una oferta de capital humano más calificado que el requerido por la economía local.

2. ¿Qué hacer para que las personas mayores de hoy mejoren sus condiciones de vida?

Este capítulo evidenció que el 77.2 % de las personas de 60 años y más no recibe ningún tipo de ingresos, lo que los hace dependientes económicamente de sus familias. Por otra parte, el porcentaje de personas mayores que trabaja (33 %) es considerablemente más alto que en los países de la OECD, con la peculiaridad que se trata en su mayoría de trabajos de baja calidad, informales y con largas jornadas que pueden afectar la salud y el bienestar de estas personas.

Programas de pensiones no contributivas como Colombia Mayor son un paso importante para mejorar el bienestar económico de las personas mayores más vulnerables, las que pasaron su vida en la informalidad y no pudieron obtener una pensión en el régimen contributivo.

Se deben aplicar estrategias para reducir las jornadas de trabajo, extender las licencias remuneradas, limitar el trabajo en las noches y fines de semana y promover contratos de trabajo flexibles (por ejemplo de medio tiempo) para las personas mayores. Sin embargo, estas políticas pueden tener efectos contraproducentes; por ejemplo, que hagan más difícil y costoso para las empresas contratar personas después de cierta edad, y esto conlleve el fomento de la informalidad y el desempleo, como sucede con el salario mínimo.

3.6. Referencias bibliográficas

Angulo, R., Díaz, Y. y Pardo, R. (2011). *Índice de Pobreza Multidimensional para Colombia (IPM-Colombia) 1997-2010*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.

Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina.* Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/9260/lcl1656p.pdf

Badel, A. y Peña, X. (2010). *Decomposing the gender wage gap with sample selection adjustment: Evidence from Colombia*. Revista de Análisis Económico, 25(2), 169-191.

Banco de la República. (2015). *Salario mínimo legal en Colombia. Serie histórica en pesos colombianos*. Recuperado de: http://obiee.banrep.gov.co/analytics/saw.dll?Go&Path=/shared/Consulta+Series+Estadisticas+desde+Excel/1.+Salarios/1.1+-Salario+minimo+legal+en+Colombia/1.1.1+Serie+historica&Options=rdf&NQUser=salarios&NQPassword=salarios&lang=es

Benería, L. (2001). *The enduring debate over unpaid labour.* En M. Loutfi, Women, gender and work: What is equality and how do we get there? (pp. 85-110). Ginebra: ILO.

Bertranoud, F. (2005). Restricciones, problemas y dilemas de la protección social en América Latina: enfrentando los desafíos del envejecimiento y la seguridad de ingresos. Bienestar y Política Social, 1(1), 35-58.

Blanch, J. M. (2001). *Empleo y desempleo: ¿viejos conceptos en nuevos contextos?* En E. Agulló y A. Ovejero (Eds.), Trabajo, individuo y sociedad. Perspectivas psicosociológicas sobre el futuro del trabajo (pp. 27-48). Madrid: Pirámide.

Brank, E. y Wylie, L. (2014). *Differing perspectives on older adult caregiving. Southern Gerontological Society.* Recuperado de: http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1634&context=psychfacpub&sei-redir=1&referer=http%3A%2F%2Fwww.bing.

com%2Fsearch%3Fq%3DDiffering%2Bperspectives%2Bon%2BOlder%2BAdult%2Bcare-giving.%2BSouthern%2BGerontological%2BSociety%252C%26go%3DEnviar%2Bconsulta%26qs%3Dds%26form%3DQBRE#search=%22Differing%20perspectives%20Older%20Adult%20caregiving.%20Southern%20Gerontological%20Society%2C%22

Burga, C. (2003). *Re-evaluando PROJoven: Propensity Score Matching y una evaluación paramétrica.* Lima: CEDEP.

Cano, A. y Orozco, M. (2011). *Diferenciales salariales en el área metropolitana de Medellín, a través de regresiones por cuantiles en el período 2002-2006.* Ecos de Economía, 32(15), 59-97.

Celade. (2008). *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe.* Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Celade. (2010). *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe (Separata).* Recuperado de: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/39343/Separata_Indicadores_Envejecimiento.pdf

Centro de Estudios de Opinión (CEO) Universidad de Antioquia. (2003). *Teoría fundada: arte o ciencia. La Sociología en sus Escenarios,* 7, 1-14.

Cepal. (2004). *Entender la pobreza desde la perspectiva de género.* Santiago de Chile: Cepal.

Chacaltana, J. y Sulmont, D. (2003). *Políticas activas en el mercado laboral peruano: el potencial de la capacitación y los servicios de empleo.* En Políticas de empleo en Perú (pp. 221-298). Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.

Chioda, L. (2011). *Work and Family. Latin American and Caribbean women in search of a new balance.* Washington D.C.: The World Bank.

Cinterfor. (1997, abril-septiembre). *Chile Joven: una experiencia pionera revisada*. Boletín Cinterfor, 139-140, 143-166.

Cotlear, D. (2011). *Population aging: Is Latin America ready?* En D. Cotlear, Population aging: Is Latin America ready? (pp. 1-38). Washington D.C.: The World Bank.

De Crombrugghe, D., Espinoza, H. y Heijke, H. (2009). *Why do youth job-training programmes participants drop out? The case of Projoven-Peru.* Maastricht: Maastricht University.

DANE. (2014, enero). *Informalidad.* Recuperado de: www.dane.gov.co

Díaz, D. I. (2002). *Cuadernos tierra y justicia: situación de la mujer rural colombiana.* Bogotá: ILSA.

Dominguez, J. P. (2004). *Una estimación de la economía informal en España, según un enfoque monetario, 1964-2001.* El Trimestre Económico, 71(282), 417-452.

Echeverry, J. C. y Santamaría, M. (2004). *The political economy of labor reform in Colombia.* Background paper prepared for the World Development Report 2005, Washington D.C.: World Bank.

Edmonds, E. V. (2005). *Does child labor decline with improving economic status?* Journal of Human Resources, 40(1), 77-99.

ECV. (2013). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.* Recuperado de: http://www.dane.gov.co/index.php/es/estadisticas-sociales/calidad-de-vida-ecv/87-sociales/calidad-de-vida/5399-encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-2013

Escobar, J. y Bonilla-Jimenez, F. (2009). *Grupos focales: una guía conceptual y metodológica.* Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 9(1), 51-67.

Espinoza, H. (2010). *Impact evaluation of a job-training programme for disadvantaged youths: The case of Projoven.* Maastricht: Maastricht University.

Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda.* San Salvador: Procesos Gráficos.

Estevão, M. y De Carvalho, I. (2012). I*nstitutions, informality, and wage flexibility: Evidence from Brazil.* Washington D.C.: FMI.

Eurofound. (2013). *A new working life after retirement.* Recuperado de: http://www.eurofound.europa.eu/spotlight-on/quality-of-life/a-new-working-life-after-retirement

Fedesarrollo. (2006, diciembre). *Jóvenes trabajadores en Colombia: condiciones actuales y propuestas de política.* Coyuntura Social, 35, 29-68.

Fedesarrollo. (2013). *Tendencia económica. Actualidad: avances y preguntas en torno a la reforma pensional.* Bogotá D.C.: La Imprenta Editores.

Fedesarrollo. (2014). *Las desventajas que enfrentan las mujeres en el mercado laboral colombiano.* Bogotá: Fedesarrollo.

Fedesarrollo. (2015). *Consideraciones sobre el empleo industrial en Colombia.* Bogotá: Fedesarrollo.

Fedesarrollo y Cepal. (2015). *Barreras de acceso de la mujer rural a crédito, a programas asociativos y a la formalización de la tierra en el norte del Cauca y el sur del Tolima.* Bogotá: Fedesarrollo.

Fernández, D. C. y Peón, F. V. (2013). *Movilidad laboral y transmisión intergeneracional del autoempleo informal en México.* Revista Gaceta Laboral, 19(1), 5-35.

Fernández, M. D. (2006). *Determinantes del diferencial salarial por género en Colombia, 1997- 2003.* Bogotá: Universidad de los Andes.

Ferris, E. (2008). *Desplazamiento interno y la construcción de la paz.* Bogotá: Proyecto Brookings-Bern sobre Desplazamiento Interno y Pontifica Universidad Javeriana.

FMI. (2003). Unemployment and labor market institutions: *Why reforms pay off? En FMI, World economic outlook: Growth and institutions* (pp. 129-150). Washington D.C.: FMI.

Fundación Saldarriaga Concha. (2014). *Las personas mayores en la construcción de paz.* Recuperado de: http://www.saldarriagaconcha.org/prensa/informes-especiales/item/422-las-personas-mayores-en-la-construccion-de-paz

Galiani, S., Gertler, P. y Bando, R. (2014, junio). *Non-contributory pensions. IDB Working Papers Series* (IDB-WP-517). Recuperado de: http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6497/20140327-idb-wp-517-pensions-galiani-body-a.pdf?sequence=1

Gallart, M. A. (2003). *La formación para el trabajo y los jóvenes en América Latina.* Santiago de Chile: Cepal.

Galvis, L. A. (2010). *Diferenciales salariales por género y región en Colombia: una aproximación con regresión por cuantiles.* Revista de Economía del Rosario, 13(2), 235-277.

Ghosheh, N., Lee, S. y McCann, D. (2006). *Conditions of work and employment for older workers in industrialized countries: Understanding the issues.* Ginebra: International Labour Office.

Glaser, B., y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research.* Chicago: Aldine.

GMH. (2013). *¡Basta Ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad.* Bogotá: Imprenta Nacional.

Grunfeld, E., Glossop, R., McDowell, I. y Danbrook, C. (1997, octubre). *Caring for elderly people at home: The consequences to caregivers.* Canadian Medical Association, 157(8), 1101-1105.

HelpAge. (2010). *Obligados a cambiar de horizontes: desplazamiento forzado, un enfoque diferencial para las personas adultas mayores en Cali, Colombia.* La Paz: HelpAge International.

Hopenhayn, M., Sojo, A. y Mancero, X. (2012). *Panorama social en América Latina.* Santiago de Chile: Cepal.

Hoyos, A., Ñopo, H. y Peña, X. (2010). T*he persistent gender earnings gap in Colombia, 1994-2006.* Washington D.C.: Inter-American Development Bank.

Ihrig, J. y Moe, K. (2001). *Lurking in the shadows: The informal sector and government policy.* Washington, D.C.: Federal Reserve.

Kabeer, N. (1998). *Realidades trastocadas: las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo.* México D.F.: PUEG-IIE-UNAM, Paidos.

Kim, S. y Feldman, D. C. (2000). *Working in retirement: The antecedents of bridge employment and it consequences for quality of life in retirement.* Academy of Management Journal, 43(6), 1195-1210.

Lahaie, C., Earle, A. y Heymann, J. (2012). *An uneven burden: Social disparities in adult caregiving, working conditions and caregiver outcomes.* Research on Aging, 35, 243-274.

Lehmann, H. y Muravyev, A. (2012). *Labor market institutions and informality in transition and Latin American countries.* Bonn: The Institute for the Study of Labr (IZA).

Lehr, U. M. y Pohlmann, S. (2004). *Participación de las personas mayores en el mercado de trabajo.* Revista Española de Geriatría y Gerontología. Organo oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 39(3), 180-184.

Levy, S. (2008). *Good intentios, bad outcomes: Social policy, informality and economic growth in Mexico.* Recuperado de: http://www.brookings.edu/research/books/2008/goodintentionsbadoutcomes

Lustig, N. y Pessino, C. (2013, enero). *Social spending and income redistribution in Argentina in the 2000s: The rising role of noncontributory pensions.* CEW Working paper No. 5.

Mac Hugh, G. (2010). *Integrating internal displacement in peace processes and agreements.* Washington D.C.: United States Institute of Peace.

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. (2013, abril). Decreto 862 de 26-04-2013. Recuperado de: http://actualicese.com/normatividad/2013/04/26/decreto-862-de-26-04-2013/#10

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2012). CREE, Parafiscales y empleo formal: la esencia de la propuesta. Bogotá: Reportes de Hacienda.

Ministerio de Trabajo. (2013, noviembre). *Programa de Protección Social al Adulto Mayor - Hoy Colombia Mayor.* Recuperado de: http://www.mintrabajo.gov.co/component/docman/doc_download/1480-resolucion-00001370-de-2013-anexo-tecnico.html.

Ministerio de Trabajo. (2014). ABECÉ. *Nuevo modelo de protección para la vejez.* Recuperado de: http://www.mintrabajo.gov.co/component/docman/doc_download/936-abece-pensiones.html

Ministerio de Trabajo. (n.d.). *Nuevo modelo de protección para la vejez.* Bogotá: Ministerio de Trabajo.

Ministerio de Vivienda. (2014, junio). Noticias. Recuperado de: http://www.minvivienda.gov.co/sala-de-prensa/noticias/2014/junio/m%C3%A1s-del-72-de-los-beneficiarios-del-programa-de-las-100-000-viviendas-gratis-son-desplazados-minvivienda

Naciones Unidas. (2003). *Declaración política y plan de acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento.* Nueva York: Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (n.d.). *Peacebuilding & The United Nations.* Recuperado de: http://www.un.org/en/peacebuilding/pbso/pbun.shtml

Naciones Unidas. (n.d.). *Transitional justice.* Recuperado de: http://www.unrol.org/article.aspx?article_id=29

Ñopo, H., Robles, M. y Saavedra, J. (2007). *Occupational training to reduce gender segregation: The impacts or PROJoven.* Washington D.C.: Inter-American Development Bank.

OECD. (2013). Estudios económicos de la OECD Colombia. *Evaluación económica.* Recuperado de: http://www.oecd.org/eco/surveys/Colombia_Overview_ESP%20NEW.pdf

OECD. (2014). *Education at a Glance 2014, OECD indicators*. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1787/eag-2014-en

OIT. (2010). *Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe*. Ginebra: ILO.

OIT. (2013a). *Empleo y protección social en el nuevo contexto demográfico.* Ginebra: ILO.

OIT. (2013b). *Trabajo decente y juventud en América Latina: políticas para la acción.* Lima: OIT.

OIT. (2009, marzo). T*rabajo y familia: ¡Compartir es la mejor forma de cuidar!* Recuperado de: http://www.oei.es/genero/wcms_103430.pdf

Pagés, C. y Stampini, M. (2007). No education, no good jobs?: *Evidence from the relationship between education and labor market segmentation.* Working Paper No. 627 Inter-American Development Bank.

Perry, G. O. (2008). *Escape y exclusión.* Bogotá: Banco Mundial y Mayol Ediciones.

PNUD. (2011). *Colombia rural: razones para la esperanza. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011.* Bogotá: INDH-PNUD.

Procuraduría General de la Nación. (2011). *Trabajo digno y decente en Colombia. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas.* Bogotá: Procuraduría General de la Nación.

Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud.* Recuperado de: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-17.pdf

Ramírez, J. C., Acosta, O. L., Pardo, R., Perdomo, N. y González, L. (2015). *Políticas sociales diferenciadas para las ciudades en Colombia: una nueva generación de políticas sociales.* Bogotá: Cepal.

RNI. (2014, noviembre). *Información al servicio de las víctimas.* Recuperado de: http://rni.unidadvictimas.gov.co/?q=v-reportes

Retamal-Arriaza, K. E. (2014). *Inclusión laboral del adulto mayor en Chile, una perspectiva conceptual de la gestión del conocimiento.* Boletín Científico Sapiens Research, 4(2), 22-26.

Rus, T. I. y Martínez, O. L. (2013). *El rol de las actitudes en la inserción laboral de los desempleados.* Universitas Psychologica, 12(3), 911-922.

Saavedra, J., Robles, M. y Ñopo, H. (2002). *Una medición del impacto del Programa de Capacitación Laboral Juvenil ProJoven. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo.*

Sánchez-Urán, Y. (2013). *Responsabilidad social empresarial y envejecimiento activo. Globalización, Competitividad y Gobernabilidad,* 7(13), 60-75.

Schneider, F. y Hametner, B. (2013). The shadow economy in Colombia: Size and effects on economic growth. Linz: Johannes Kepler University of Linz Department of Economics.

Schultz, P. (2004). *School subsidies for the poor: Evaluating the Mexican Progresa poverty program.* Journal of Development Economics, 74(1), 199-250.

Skinner, C. y Valodia., I. (2003). *Local government support for women in the informal economy in Durban, South Africa.* International Journal of Politics, 16(3), 431-444.

Sudanese Civil Society Capacity Building Initiative. (2007). Conflict transformation and social peace: Building in post-conflict era. Juba: Sudanese Civil Society Capacity Building Initiative.

Tenjo, J. (1993). *1976-1989: Cambios en los diferenciales salariales entre hombres y mujeres.* Planeación y Desarrollo, XXIV, 117-132.

Tenjo, J. y Herrera, P. (2009). *Dos ensayos sobre discriminación: discriminación salarial y discriminación en acceso al empleo por origen étnico y por g*énero. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Tenjo, J., Ribero, R. y Bernat, L. F. (2004). *Evolution of salary differences between men women in six Latin American countries.* En C. Piras, Women at work: Challenges for Latin America (pp. 139-170). Washington D.C.: Inter American Development Bank.

The Brookings Institution. (2009, febrero). I*nternal displacement and peacebuilding in Colombia.* Recuperado de: http://www.brookings.edu/~/media/events/2009/2/25%20colombia/0225_colombia.pdf

Ullmann, H., Maldonado, C. y Rico, M. N. (2014). *La evolución de las estructuras familiares en América Latina: 1990-2010: los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado.* Serie Políticas Sociales No. 193. Santiago de Chile: Cepal.

Universidad de Bern y Universidad de Georgetown. (2007). *When displacement ends: A framework for durable solutions.* Washington D.C.: The Brookings Institution-University of Bern Project on Internal Displacement.

Villar, L., Forero D. y Becerra, A. (2014). Colombia: *una mirada desde la visión multipilar.* Santiago de Chile: Libro SURA.

Walker, A., Pratt, C. y Eddy, L. (1995). *Informal caregiving to aging family members: A critical review.* Family Relations, 44(4), 402-411.

Williams, C. y Lansky, M. (2013). *Empleo informal en economías desarrolladas y en desarrollo.* Perspectivas y políticas aplicadas. Revista Internacional del Trabajo, 132(3-4), 401.

Williams, R. (2008). *El Principio Rector 29 y el derecho a la restitución.* Migraciones forzadas, 23-24. Recuperado de: http://www.fmreview.org/es/pdf/RMFGP10/13.pdf

World Bank. (2007, marzo). *Conditional cash transfers: The next generation, a case study of Mexico's Oportunidades Program.* Youth Development Notes, 2(4). Recuperado de: http://documents.worldbank.org/curated/en/2007/03/8617305/conditional-cash-transfers-next-generation-case-study-mexicos-oportunidades-program

Zacharias, A., Antonopoulos, R. y Masterson, T. (2012). *Why time deficit matter: Implications for the measurement of poverty.* Nueva York: UNDP.

Zuchandke, A., Reddemann, S., Krummaker, S. y Von der Schulenburg, M. (2010). *Impact of the introduction of the Social Long-Term Care Insurance in Germany on Financial Security Assessment in case of long-term care need*. The Geneva Papers, 35, 626-643.

4.

Ahorro e inversión para la vejez

Por Leonardo Villar, David Forero,
Carmen Elisa Flórez, Nadia Puerta, Érika Enríquez,
Natalia Valencia López, Juan Pablo Alzate

ISBN (Online)
978-958-59203-1-6

Contenido

4.1. Introducción 244

4.2. Marco teórico: el ahorro y la teoría del ciclo de vida 244

4.3. El ahorro pensional voluntario y la experiencia en Colombia 246
4.3.1. El sistema de ahorro voluntario en otros países latinoamericanos 246
4.3.2. El sistema de Ahorro Pensional Voluntario en Colombia 248

4.4. El ahorro en activos como mecanismo de protección para la vejez 252

4.5. Caracterización de los mecanismos de ahorro de los hogares colombianos 257
4.5.1. Capacidad de ahorro de los hogares 257
4.5.2. Preparación económica para la vejez 265
4.5.3. Vivienda propia y acumulación de activos de los hogares 269

4.6. Conclusiones 278

4.7. Referencias bibliográficas 281

4.1. Introducción

Además del sistema pensional, que es por excelencia el principal instrumento de protección económica para la vejez, existen otros mecanismos a través de los cuales la población puede prepararse para esa etapa de la vida. Por ejemplo, el ahorro de montos adicionales a los representados por las cotizaciones para pensiones, ya sea en ahorro financiero o en la forma de acumulación de activos en especie. En este capítulo se analizan los mecanismos de ahorro e inversión en la población mayor en Colombia, y complementa el análisis con la teoría y las evidencias empíricas encontradas en la literatura económica sobre el tema. Incluye también los resultados del trabajo de campo cualitativo de los grupos focales realizados en Nariño, Cundinamarca y Córdoba[1].

Este capítulo está compuesto por cinco partes, incluida esta introducción. En la siguiente sección se hace un repaso de la teoría del ciclo de vida y de lo que se espera que pase con la tasa de ahorro de un individuo al llegar a la vejez. En la tercera sección se examina el sistema de ahorro pensional voluntario en Colombia, su cobertura y alcance, y se examinan las experiencias de sistemas similares en otros países de América Latina. En la cuarta parte se analiza el concepto de ahorro en activos como mecanismo de protección para la vejez, y se hace una revisión de la literatura sobre el ahorro y de los resultados que arroja para Colombia. El capítulo finaliza con una caracterización de los activos acumulados por las personas mayores y otros grupos etarios próximos a la vejez mediante encuestas a los hogares, con lo que se pretende ofrecer una fotografía del ahorro en Colombia y su asociación con las características socioeconómicas de los hogares en el país.

4.2. Marco teórico: el ahorro y la teoría del ciclo de vida

La hipótesis más tradicional sobre el comportamiento del consumo y del ahorro en las personas es la que surge de la teoría del ciclo de vida, desarrollada

1 Para mayor información sobre los grupos focales, ver el *capítulo que describe la metodología.*

en su versión más conocida por Albert Ando y Franco Modigliani. Según esta teoría, los individuos ahorran en su etapa productiva y desahorran en la vejez con el fin de suavizar y alcanzar una distribución preferida de consumo a lo largo de sus etapas activa y pasiva (Ando y Modigliani, 1963; Modigliani, 1966). De esta forma, a medida que los ingresos varían a lo largo de la vida, el consumo se suaviza por medio del ciclo de ahorro en la etapa productiva y de desahorro en la vejez (Guataquí, Rodríguez y García, 2009).

Este modelo es ampliamente aceptado por su consistencia con la teoría microeconómica. Varios estudios prueban empíricamente las hipótesis planteadas por el modelo y encuentran desahorro después del retiro (Diamond y Hausmann, 1984; Bernheim, 1987). En un ejercicio para Estados Unidos y Reino Unido, Attanasio y Browning (1994) encuentran que los datos agregados no son consistentes con el modelo de ciclo de vida. Sin embargo, estos mismos autores argumentan que la teoría del ciclo de vida debe evaluarse a partir de microdatos, ya que los promedios implícitos en los modelos agregados no son representativos de los individuos y de la forma en que toman decisiones. Al hacer el ejercicio con microdatos, encuentran resultados favorables a la teoría del ciclo de vida: en la etapa de retiro, en efecto, hay desahorro de los hogares. Siguiendo esta misma línea, Browning y Crossley (2001) usan una serie de tiempo de 27 años de ingresos y gastos de 7.000 hogares de la Encuesta de Ingresos y Gastos de Reino Unido, y allí también comprueban el desahorro de los hogares en el retiro.

En contra de lo anterior, una serie de investigaciones desarrolladas en los últimos años señala que la teoría del ciclo de vida no se cumple y que los hogares se comportan contrariamente a lo predicho por el modelo. Aluden en particular a un aumento de las tasas de ahorro en la vejez que se refleja en la reducción sistemática del consumo en las personas retiradas, no necesariamente asociada a una pérdida de riqueza. Dos grandes corrientes explican la reducción del consumo en las personas mayores: por una parte, Banks, Blundell y Tanner (1998) y Börsch-Supan y Stahl (1991) buscan la explicación en la reducción de la utilidad marginal del consumo a medida que la persona envejece, debido a las restricciones físicas derivadas de la edad y al deterioro de la salud. Parece lógico que, dadas estas nuevas circunstancias, el consumo forzosamente se restrinja. La segunda teoría, de Browning y Crossley (2001), encuentra explicación a este comportamiento en

la voluntad de dejar una herencia o legado, aspecto que no contempla el modelo del ciclo de vida.

En resumen, la teoría del ciclo de vida predice un desahorro en la etapa de vejez para suavizar la senda de consumo y aprovechar el ahorro acumulado durante la etapa laboral activa del individuo. Sin embargo, otros estudios empíricos encuentran que, en las personas mayores, se presenta sistemáticamente una reducción del consumo, lo que *ceteris paribus* generaría un incremento del ahorro. Además, la teoría del ciclo de vida no tiene en cuenta el deseo de las personas mayores de dejar herencia para sus hijos, lo que impediría que entraran en una fase de desahorro. En la cuarta sección se profundiza en la teoría sobre el ahorro y se presentan las conclusiones a las que ha llegado la literatura económica sobre el ahorro en Colombia.

4.3. El ahorro pensional voluntario y la experiencia en Colombia

El primer mecanismo de ahorro para la vejez a estudiar en el caso colombiano es el sistema de ahorro pensional voluntario. Este sistema propende por fomentar contribuciones voluntarias a una cuenta de ahorro individual, adicionales a las obligatorias para el sistema pensional, con el fin de lograr una pensión más alta o una jubilación anticipada. En esta sección se discuten las lecciones del sistema de ahorro pensional voluntario en los países latinoamericanos que muestran un mayor desarrollo de estos esquemas, y el funcionamiento del sistema de Ahorro Privado Voluntario (APV) en Colombia.

4.3.1. El sistema de ahorro voluntario en otros países latinoamericanos

Fuentes (2010) caracteriza en detalle los diferentes tipos de sistemas de ahorro voluntario en los países latinoamericanos. Uno de los ejemplos más importantes es Chile, donde desde 1981 existe el ahorro pensional voluntario (APV), que permite cotizar en la cuenta de capitalización individual montos

adicionales a los de la cotización obligatoria con el principal objetivo de mejorar las pensiones futuras. Entre los incentivos para ahorrar en este pilar se encuentran algunos subsidios y descuentos tributarios. El APV chileno tiene tres modalidades: depósitos convenidos, cotizaciones voluntarias y ahorro previsional voluntario colectivo (APVC). La primera modalidad consiste en un monto de ahorro convenido entre el empleado y el trabajador, con beneficios tributarios para ambos y que solo puede retirarse al momento de la pensión. La modalidad de cotizaciones voluntarias consiste en que los trabajadores, ya sean independientes o dependientes, aportan a la cuenta de capitalización, pero con la diferencia que pueden hacer retiros durante la vida activa. Existen dos regímenes tributarios entre los cuales los trabajadores pueden elegir: el APV-A y el APV-B. Con el primero, los trabajadores ingresan sus ahorros después del impuesto de renta, con lo cual obtienen una bonificación fiscal del 15 % del ahorro realizado con un límite anual al beneficio de 6 UTM (Unidad Tributaria Mensual) equivalente a USD458. En contraste, con el APV-B, los trabajadores ahorran antes del pago del impuesto de renta y obtienen una reducción de entre el 4 % y el 40 % del impuesto. Las sanciones por retirar los fondos con destino diferente a la pensión incluyen la devolución de la bonificación fiscal, el pago de impuestos de las ganancias reales obtenidas y el pago del impuesto a la renta con un recargo que puede variar entre un 3 % y un 7 % (Acuña, 2015).

Por último, las empresas pueden suscribir contratos de Ahorro Previsional Voluntario Colectivo con las entidades administradoras, a las que también pueden adherirse los trabajadores. En cuanto a los beneficios tributarios, los trabajadores pueden acogerse a los mismos regímenes tributarios de la modalidad de cotizaciones voluntarias (APV-A o APV-B) y de esta forma pueden pasar libremente de un régimen a otro para futuros aportes. Como en el caso de los depósitos convenidos, las empresas tienen reducciones en el impuesto de renta.

Fuentes (2010) analiza también los determinantes del ahorro voluntario en el caso chileno, y encuentra que cuando el ahorro en mecanismos alternativos –bienes de capital o financieros– aumenta, la probabilidad de cotizar en fondos de pensiones voluntarias baja; en contraste, los años de escolaridad de los hijos están asociados positivamente con la probabilidad de cotizar a este sistema.
El autor afirma que ahorrar en pensiones voluntarias no debería ser un sustituto

de la decisión de ahorrar para adquirir vivienda o algún bien inmueble, lo que hace necesario promover políticas en las cuales los diferentes tipos de ahorro se complementen.

El sistema de ahorro pensional voluntario en México se conoce como Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). En el SAR los individuos tienen la posibilidad de aportar voluntariamente a su cuenta individual, en adición a las pensiones obligatorias, con el fin de incrementar el monto de su pensión una vez se llegue a la vejez. Sin embargo, la cobertura de este programa es muy baja. En el 2009, el ahorro voluntario como porcentaje del ahorro obligatorio era de un 20 %. El ahorro voluntario se puede registrar en cuatro posibles subcuentas: aportes voluntarios, aportes complementarios de retiro, aportes de ahorro a largo plazo o aportes de ahorro solidario. Los incentivos para ahorrar en estas cuentas son de tipo fiscal, de acceso a crédito a la vivienda y crediticio.

Por último, en Perú, el sistema de ahorro voluntario, creado en 1992 y reformado en 1998, estableció que los cotizantes pueden aportar voluntariamente con fin previsional, y en ese caso los recursos solo son retirados en el momento de la jubilación, o sin fin previsional, y se pueden retirar en cualquier momento. El fin último de este ahorro es que las personas tengan pensiones más altas y que incluso se puedan pensionar antes. Al igual que en Colombia, los aportes previsionales son inembargables, y cuentan con incentivos tributarios y de comisiones[2].

4.3.2. El sistema de Ahorro Pensional Voluntario en Colombia

El principal objetivo del sistema de Ahorro Pensional Voluntario (APV) en Colombia es incrementar los saldos de las cuentas de ahorro individual, ya sea para tener una pensión más alta o para una jubilación anticipada. Ahorrar en estos fondos supone varios beneficios: tributarios, la imposibilidad de ser embargados o el uso de estos fondos para compra de vivienda con exenciones tributarias. Como es de esperar, al tener un sistema pensional de baja cobertura y una población

2 La estructura de comisiones permite el cobro de una comisión con base en el saldo administrado por ahorro voluntario. La comisión se incrementa a medida que aumenta el riesgo en el fondo administrado, y se premia a quien hace los aportes obligatorios y voluntarios en la misma AFP. El beneficio tributario es la exención del pago del impuesto a la renta.

con un promedio de ingresos bajo y sin mucha capacidad de ahorro, el uso del sistema de APV no es muy generalizado en la población colombiana, a excepción de segmentos específicos de la población, en especial de altos recursos, que aprovechan este sistema y gozan de las prebendas tributarias y de los beneficios que ofrece para la compra de vivienda.

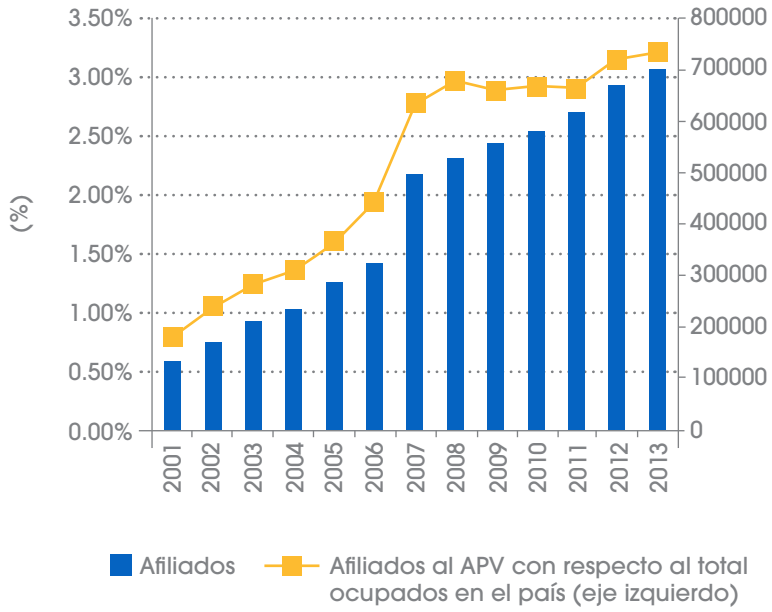
El Ahorro Pensional Voluntario (APV) fue creado en 1987. Originalmente, los administradores de los fondos eran las compañías de seguros y los bancos, a través de su sección fiduciaria. Posteriormente, con la Ley 100 de 1993, quedó establecido que esos recursos estarían en Fondos de Pensiones Voluntarias (FPV), los cuales a su vez podrían ser administrados por las Administradoras de Pensiones y Cesantías (AFP) del RAIS o por sociedades fiduciarias del sistema financiero colombiano[3]. Con la creación de este pilar, se abrió la posibilidad de que los afiliados al régimen de pensiones pudieran, periódica o eventualmente, cotizar montos adicionales a los límites de pensión obligatorios establecidos en la Ley 100 de 1993 y en la Ley 797 del 2003.

Villar, Forero y Becerra (2015) caracterizan el llamado tercer pilar del sistema general de pensiones en Colombia, y muestran que el número de personas afiliadas al sistema voluntario con respecto al total de cotizantes de pensiones obligatorias ha tenido un aumento constante: en el 2013 se ubicó en un 10 % de cotizantes al sistema voluntario como porcentaje de los cotizantes al sistema obligatorio, el equivalente a unas 700.000 personas (Figura 1). De los afiliados al pilar voluntario, el 75 % es trabajador dependiente y la cuarta parte corresponde a trabajadores independientes. La distribución por sexo es balanceada: un 52.3 % de cotizantes hombres y un 47.7 % mujeres. Según Fuentes (2010), el grupo de edad que más cotiza a este sistema en Colombia se encuentra entre los 30 y los 45 años.

3 Hoy en día existen en Colombia siete fiduciarias que ofrecen programas de pensiones voluntarias: Fiduciaria Davivienda, Alianza Fiduciaria, Acción Fiduciaria, Fiduciaria GNB, Fiduciaria Popular, Fiducor, Credicorp y el Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros.

Figura 1

Número de afiliados a fondos de pensiones voluntarias y cobertura como porcentaje del total de ocupados

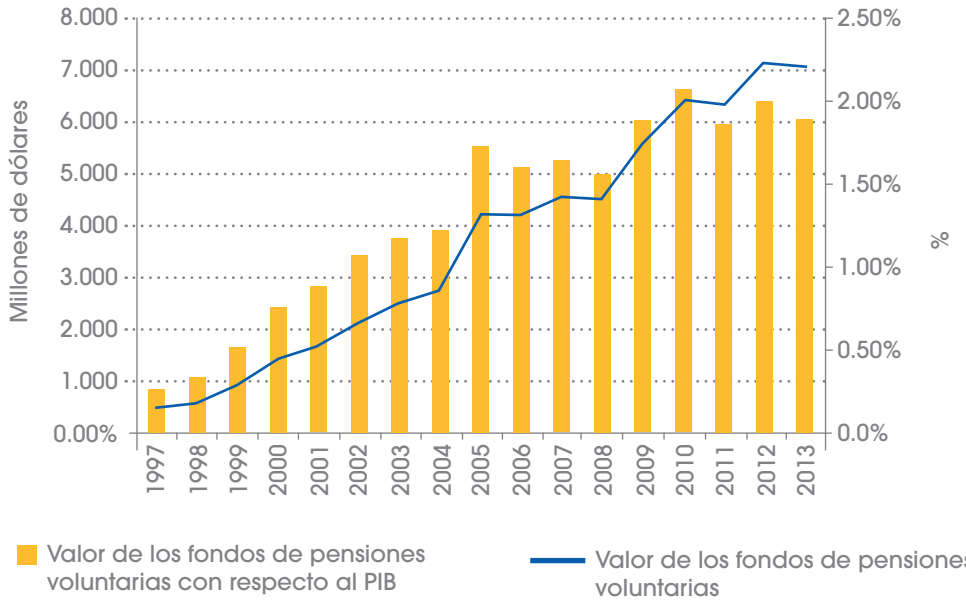


Fuente: Superintendencia y Fuentes (2010).

Para diciembre del 2013, el valor de los fondos se ubicó en USD 7 billones, valor equivalente al 1.9 % del PIB o a un 6.1 % del total de los fondos de pensiones del RAIS. En cuanto a su evolución histórica, estos depósitos crecieron considerablemente entre 1997 y el 2013: de USD0.4 billones en 1997 pasaron a USD7 billones en el 2013. Pero desde el 2005, su valor con respecto al PIB se ha mantenido relativamente constante (entre un 1.5 % y un 2 %), posiblemente como consecuencia de las mayores restricciones para la obtención de beneficios tributarios cuando los recursos se retiran antes de la edad de jubilación (Figura 2).

Figura 2

Valor de los fondos de pensiones voluntarias: 1997-2013



Fuente: Superintendencia y DANE.

Fuentes (2010) se refiere a una característica de este sistema: los ahorros se pueden retirar en cualquier momento, previa notificación, y dependiendo de la administradora de fondos; no es indispensable cumplir con condiciones de edad o de permanencia en el sistema. Sin embargo, para incentivar el ahorro voluntario, el sistema ofrece beneficios tributarios en cuanto a retención en la fuente e impuesto de renta. En la actualidad, si los ahorros permanecen durante más de cinco años, ni los aportes ni sus rendimientos hacen parte de la base para aplicar la retención en la fuente ni se consideran como ingreso constitutivo de renta[4]. Además, si este ingreso se retira para comprar vivienda, en todo caso recibe exenciones tributarias sin importar que el ahorro lleve menos de cinco años. Por último, los aportes ahorrados en estas cuentas están exentos del gravamen a los movimientos financieros, también conocido como cuatro por mil.

4 Esta gabela tributaria es aplicable siempre y cuando el ahorro en el fondo no supere el 30 % del ingreso tributario o laboral del afiliado (incluido el porcentaje correspondiente al ahorro pensional obligatorio).

En Colombia, debido a la informalidad y a la poca capacidad de ahorro de las personas, solo un pequeño porcentaje de la población ahorra en el sistema de APV. Adicionalmente, los estímulos para ahorrar en los fondos de pensiones voluntarias están claramente enfocados en la población de altos ingresos, pues los beneficios tributarios solo aplican para este segmento de la población. Lograr una mayor cobertura sin los incentivos adecuados para la población de medios y bajos recursos no es una tarea fácil. El único país latinoamericano que ha ampliado los beneficios a diferentes segmentos de la población es Chile, con la reforma del 2008, que introdujo importantes modificaciones al APV. Con el fin de aumentar la cobertura del sistema, se creó un incentivo de ahorro orientado a los trabajadores de bajos ingresos, que consiste en una bonificación fiscal del 15 % sobre los ahorros realizados, independientemente del nivel de renta.

Un mecanismo equivalente en Colombia es el de Beneficios Económicos Periódicos (BEPS)[5], que puede ser considerado un ahorro voluntario por fuera del ahorro pensional obligatorio para trabajadores informales, con un subsidio estatal del 20 %. Sin embargo, este sistema tiene dos limitaciones: en primer lugar, las restricciones administrativas, que son bastantes y que pueden limitar aún más su ya escasa cobertura; en segundo lugar, el hecho de que los BEPS se dirigen exclusivamente a los trabajadores informales, dejando por fuera a los empleados formales de ingresos medios y bajos y, por lo tanto, en estado de vulnerabilidad, pues ellos difícilmente podrán acceder a pensión y no hay incentivos para que sean parte del APV.

4.4. El ahorro en activos como mecanismo de protección para la vejez

En la práctica, una gran proporción del ahorro y de la acumulación de riqueza para la vejez se hace por fuera de los mecanismos tradicionales de ahorro pensional obligatorio (cotizaciones) o voluntario. Un estudio realizado para el caso de los EE.UU. muestra que aun si se toma como referencia solamente la

5 Pilar intermedio entre el contributivo y el no contributivo, que consiste en un ahorro individual flexible, con apoyo estatal, que no está sujeto a la restricción de la pensión mínima. Para más información, referirse al *capítulo de protección económica.*

riqueza financiera, los mecanismos de ahorro pensional explícitos, obligatorios y voluntarios, dejan por fuera del análisis una amplia variedad de mecanismos de acumulación de riqueza para la edad del retiro (Bernheim, Skinner y Weinberg, 1997). Por ejemplo, la riqueza acumulada en activos o el patrimonio en especie, que representan la mayor parte del ahorro de los hogares, en especial los de la población de menores ingresos, para la cual el principal activo patrimonial en la vejez suele ser la vivienda de habitación. En el caso de Colombia, tanto los resultados cuantitativos como los análisis cualitativos adelantados a partir de los grupos focales para esta investigación confirman esta realidad.

El problema con este tema es que, debido principalmente a la dificultad de medir estos activos y de asignarles un valor de mercado, la literatura económica es bastante reducida y hay pocas investigaciones formales al respecto. La mayoría de los estudios sobre el ahorro de los hogares se enfocan en el que se mide como la diferencia entre los ingresos y los gastos. Entre los trabajos relativamente recientes para Colombia cabe resaltar los estudios de Melo, Téllez y Zárate (2006), Castañeda (2001), Castañeda y Piraquive (1997), Tovar (2008) y Guataquí et al. (2009).

Melo et al. (2006) estudian los determinantes del ahorro a nivel macro y microeconómico para la economía colombiana. En el componente microeconómico, los autores parten de las encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003 para analizar las tasas de ahorro según las características socioeconómicas de los hogares, y considerando la inversión en capital humano y la compra de bienes durables. Los resultados muestran choques transitorios de ingreso, provocados por la crisis de 1999, que afectaron la tasa de ahorro. Los autores no pudieron comprobar la hipótesis del ciclo de vida en el caso colombiano, debido en parte al poco desarrollo de los sistemas pensionales y de mercados de capitales.

Castañeda (2001) y Castañeda y Piraquive (1997) parten de las encuestas de hogares para definir los ingresos y los gastos de los mismos, y a partir de estos determinar el ahorro y observar los factores que determinan su aumento o disminución. Uno de sus hallazgos más importantes es que la mayor propensión a ahorrar se registra en el grupo de jubilados, lo que contradice la teoría del ciclo de vida.

Tovar (2008), a partir de las encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003, toma los ingresos y los gastos de los hogares colombianos y construye una

variable de ahorro. Haciendo un análisis de cohortes, concluye que en Colombia solo ahorran los hogares de ingresos más altos, y que estos estabilizan el gasto y el consumo a lo largo del ciclo de vida; a su vez, los hogares que más ahorran son aquellos en los que el jefe del hogar supera los 40 años. En cuanto a los determinantes del ahorro, el autor encuentra: 1) que únicamente en la población de altos recursos, el ahorro está positivamente correlacionado con el ingreso; 2) que la riqueza, medida como los activos de propiedad del hogar, tiene un efecto negativo en el ahorro de los hogares, y 3) que el tamaño del hogar y el acceso a la seguridad social también tienen un efecto negativo en el ahorro.

La actitud cultural hacia el ahorro es también un determinante clave a la hora de evaluar las medidas de protección contra la vejez. Londoño (2006) evalúa algunos enfoques de la teoría del comportamiento sobre ahorro presente y consumo futuro, con el fin de explicar la falta de incentivos de la población colombiana para ahorrar y suavizar el consumo a lo largo del tiempo. La autora descarta el comportamiento del ahorro de los colombianos según la teoría del ciclo de vida, y propone un análisis microeconómico fundamentado en la teoría del comportamiento, que plantea los conceptos de la tasa de descuento hiperbólica y la aversión a la pérdida. Así, en primer lugar, pone a prueba la hipótesis de que la tasa de descuento de los colombianos es hiperbólica en vez de lineal, lo que lleva a valorar más el ingreso presente que el consumo futuro y a no contemplar el ahorro. Esto lo verifica mediante un seudoexperimento con el que concluye que los jóvenes son adversos a la pérdida de ingreso que no se transforma en consumo inmediato: sobrevaloran el ingreso presente y ven el ahorro como una pérdida de poder adquisitivo. Concluye la autora que entre más joven es una persona, ahorrar le representa un costo mayor, por lo que plantea como recomendación de política la creación de planes diferenciados por edades, y no exigirles a los más jóvenes altos niveles de ahorro que puedan desincentivarlos.

Estos estudios dejan de lado una posible explicación a la falta de ahorro y de conciencia de futuro de las personas jóvenes en Colombia: las grandes falencias en educación financiera de la población, especialmente notorias en las personas de menores ingresos. Algunas experiencias internacionales muestran la importancia de la educación financiera a lo largo del ciclo vital y resaltan el papel que puede cumplir el Estado como promotor de esa educación. Los programas de alfabetismo

financiero, que enseñan conceptos básicos de finanzas y emprendimiento en el ciclo de educación básica, han tenido resultados positivos, como lo señalan los estudios empíricos (Swedberg, 2002). La falta de este tipo de educación en la secundaria se refleja claramente en la ignorancia financiera de los estudiantes universitarios que, además, durante su educación profesional, tampoco reciben cursos sistemáticos de finanzas personales (Altintas, 2011).

Enfocándose en los diferentes mecanismos de protección para la vejez existentes en Colombia, Guataquí et al. (2009) afirman que existe una relación de sustitución entre las diferentes herramientas de ahorro de los individuos: aportes a seguridad social, mercado de capitales o inversión en la crianza y educación de los hijos. Hacen un análisis empírico de los patrones de ahorro para la vejez de la población ocupada a partir de la Gran Encuesta Integrada de Hogares de 2007 (GEIH). Las mayores propensiones a ahorrar las encuentran en las personas mayores, y están asociadas a ser mujer, a las zonas urbanas y a los individuos que tienen mayores ingresos y nivel educativo[6].

A partir del análisis de Guataquí et al. (2009) se puede concluir que en Colombia se le da importancia a los hijos como medio de ahorro e inversión para la vejez, en especial en las zonas rurales[7]. Las personas mayores confían en que sus hijos van a cuidar de ellos en su vejez, y por lo tanto tienden a tener más hijos como una forma de diversificación del riesgo. Según Galasso, Gatti y Profeta (2009), los hijos representan uno de los mejores mecanismos de ahorro para la vejez en los países donde los mercados financieros no están tan desarrollados. Aplicado a Colombia, esto significaría que las regiones con mayores tasas de fecundidad, tendrían una propensión de ahorro menor, dada su mentalidad de refugio económico en sus hijos a la hora de llegar a la vejez.

Aparte de la inversión en los hijos, el otro gran canal de ahorro de los colombianos es la vivienda, que representa cerca del 75 % del total de activos de los hogares. González y Gómez (2012), con métodos cualitativos, concluyen que para los colombianos la vivienda es la mejor forma de planear a futuro, y que

6 También caracterizan el tipo de individuo que prefiere cada mecanismo de ahorro. Así, los que eligen como mecanismo de ahorro para la vejez la inversión en la educación de los hijos, son por lo general personas de mayor edad, con pareja, jefes de hogar, que residen en zonas rurales y trabajan por cuenta propia. Quienes prefieren el mecanismo de aportes en seguridad social, se caracterizan por ser hombres, con un alto grado de escolaridad y riqueza. Por último, los individuos que no ahorran son jóvenes, residentes en zonas urbanas, con bajos ingresos, ocupados por cuenta propia y con bajos niveles educativos.

7 Esto lo comprueban los grupos focales y el análisis cualitativo.

prefieren no relacionarse con el sistema financiero para no poner en riesgo su propiedad. Estos hallazgos van en la misma línea de los del componente cualitativo de este estudio: la mayoría de los participantes en los grupos focales señala, como principales modalidades de ahorro, la vivienda propia y la crianza y educación de los hijos.

El problema de tener la vivienda como el activo preferido para la acumulación de riqueza es lo complejo que puede llegar a ser el convertir ese patrimonio en una fuente de ingresos líquidos en la vejez. A propósito de esto Merton (2011) propone y describe el sistema de hipotecas revertidas (*reverse mortgages*), que ya hace parte del código tributario de Estados Unidos, y que consiste en que una persona mayor de 62 años, dueño de una propiedad inmueble, puede convertir parte de su propiedad en ingresos anuales hasta su deceso. Cuando un jubilado adquiere la hipoteca revertida parcial de la vivienda[8] con un banco hipotecario, este le garantiza, a manera de préstamo, un ingreso periódico (generalmente anual) por el resto de la vida o hasta que el retirado decida terminar el contrato. Al momento inicial del acuerdo, se asigna el valor de mercado al inmueble y se calculan pagos por un tiempo indefinido. Una vez terminado el contrato, los actuales dueños del inmueble tienen la posibilidad de pagar la hipoteca y quedarse con la vivienda, o bien dejárselo al banco hipotecario. El autor asegura que las hipotecas revertidas (*reverse mortgages*) son una forma práctica de descomponer un activo complejo y usar su valor para garantizar ingresos en el momento del retiro.

En síntesis, se puede afirmar que una proporción significativa de la población del país no ahorra en activos financieros –excepción hecha de los quintiles de más altos ingresos–, y que sobre todo no hay conciencia ni planificación de ahorro para la vejez. Las personas mayores tienden a ahorrar más que los jóvenes, lo que comprueba que en Colombia no se cumple la teoría del ciclo de vida a causa del escaso desarrollo de los mercados financieros y del sistema pensional.

Por último, es evidente que el mecanismo de ahorro de gran parte de la población son los activos fijos, en especial la vivienda. Sin embargo, la probabilidad

8 Con el fin de reducir el riesgo para el banco hipotecario y restringir la posibilidad de apalancamiento del retirado, las hipotecas revertidas tienen que hacerse por un valor parcial de la vivienda y no por el valor total.

de liquidez de estos activos es baja y difícilmente generan un flujo de ingresos para cubrir los gastos en la vejez. El mecanismo de las hipotecas revertidas podría convertirse en una innovación financiera importante, encaminada a generar ingresos para las personas mayores a partir de activos fijos no líquidos, y además podría garantizar el acceso al sistema financiero formal. Esta herramienta se está empezando a desarrollar en EE.UU., por ejemplo, y aunque hasta ahora su aplicación es reducida, ya hay justificaciones teóricas y conceptuales importantes, como las del premio nobel de Economía Robert Merton.

4.5. Caracterización de los mecanismos de ahorro de los hogares colombianos

4.5.1. Capacidad de ahorro de los hogares

Esta sección muestra, a partir del análisis de encuestas de hogares, la capacidad de ahorro de los hogares colombianos y la forma en que este se materializa en acumulación de activos financieros o físicos. Para este propósito, inicialmente se utiliza la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) del 2012, implementada por el DANE y el DNP para evaluar el estado del sistema de protección social en el país. De los seis temas que componen la encuesta[9], aquí se analiza la información del componente "activos y riesgos". Más adelante se presentan los resultados del análisis cualitativo basado en los grupos focales realizados para este trabajo.

4.5.1.1. Capacidad de ahorro de los hogares de acuerdo con la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS, 2012)

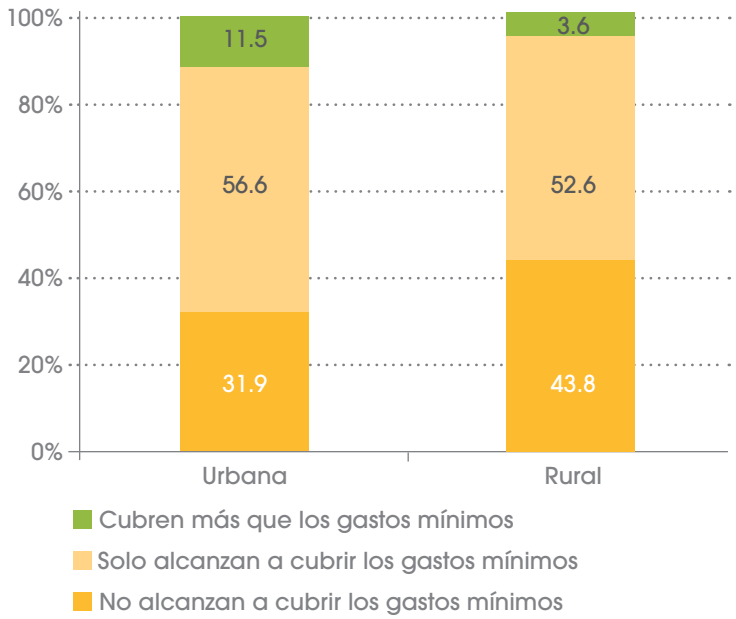
Un primer elemento de análisis parte de la pregunta de la ELPS sobre si los ingresos del hogar alcanzan a cubrir los gastos mínimos. A nivel nacional, el porcentaje de los hogares que reporta tener ingresos superiores a sus gastos es muy pequeño,

9 Las seis dimensiones de la encuesta son: cuidado de niños menores de 5 años, educación, salud, pensiones, activos y riesgos y mercado laboral.

del orden del 10 %. Del restante 90 %, un 56 % reporta que sus ingresos alcanzan justo para cubrir los gastos mínimos y el 34 % restante sostiene que los ingresos no alcanzan. Al comparar por área (Figura 3), la población de las zonas rurales en capacidad de cubrir más que los gastos mínimos se reduce a un dramático 4 %[10]. Estos resultados muestran la enorme dificultad que para la mayoría de la población representa el ahorro financiero. Ello no significa, sin embargo, que una parte importante de la población no esté ahorrando en una perspectiva más amplia, por ejemplo mediante el pago de los gastos asociados a la construcción o al mejoramiento de la vivienda, o de las deudas adquiridas con ese propósito. De hecho, algunos de los encuestados pueden responder que los ingresos son iguales o inferiores a los gastos mínimos requeridos, sin perjuicio de lo cual están realizando un esfuerzo de ahorro importante en acumulación de activos físicos o reducción de pasivos financieros, algo, que por supuesto tendría importantes implicaciones para la vejez.

Figura 3

Cobertura de gastos de los ingresos del hogar



Elaboración propia a partir de la ELPS (2012).

10 No se reportaron diferencias entre los hogares con y sin personas mayores.

4.5.1.2. Capacidad de ahorro de los hogares: análisis cualitativo basado en los grupos focales

El análisis cualitativo también refleja la baja capacidad de ahorro de los hogares: la mayoría de las personas declara que nunca ha ahorrado. Las personas pensionadas y las de ingresos altos hacen más alusiones a distintas modalidades de ahorro y son los únicos que mencionan mecanismos formales. Aun así, una parte importante declara no haber tenido ingresos suficientes para ahorrar. Entre las razones que se aducen están los empleos informales, con ingresos bajos e irregulares que obligan a las personas a planear sus gastos diariamente y descartan la posibilidad de ahorrar. Por las divisiones tradicionales de género, que atribuyen a las mujeres el cuidado de los hijos y el hogar, estas manifiestan, y entre ellas particularmente las de menores ingresos, que se vinculan menos al mercado laboral, por lo que sus posibilidades de ahorrar son aún menores. Las mujeres hicieron más referencias a las dificultades para ahorrar, mientras que los hombres hablaron más sobre las modalidades de ahorro (Figuras 4 y 5). Otra razón que se menciona es la falta de educación: por un lado, les impidió acceder a empleos formales con mejores remuneraciones y, por otro lado, les negó el conocimiento y la información sobre la importancia de ahorrar o invertir.

Figura 4
Distribución de citas sobre ahorro
(grupos focales con hombres)

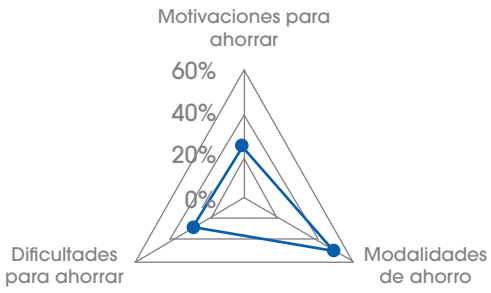
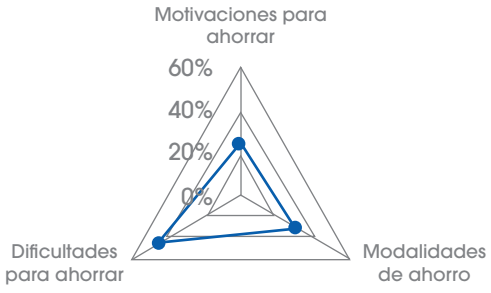


Figura 5
Distribución de citas sobre ahorro
(grupos focales con mujeres)



Elaboración propia a partir del trabajo de campo cualitativo.

La vivienda y la educación de los hijos son las modalidades de ahorro más mencionadas en los grupos focales. La mayoría de los entrevistados tiene hijos y declara que invertir en ellos y en su educación es una prioridad. Como lo aseguran Guataquí et al. (2009) y Galasso et al. (2009), los hijos, en países como Colombia, son un medio importante de ahorro e inversión para la vejez. Lo es particularmente en las zonas rurales, donde las personas mayores esperan poder acudir a los hijos en la vejez para que los cuiden y los apoyen económicamente (Figura 6). Pero también, según los resultados de la ELPS (2012), el 12.2 % de las personas entre 40 y 59 años que está haciendo algo para mantenerse económicamente en la vejez, a su vez dice que está preparando a sus hijos para lo mismo. Este porcentaje es del 8.8 % en las personas de 60 años o más.

De la misma forma, los resultados cualitativos muestran que la educación de los hijos es considerada una importante forma de ahorro y que se espera que en retribución ellos sean los principales proveedores de cuidado en la vejez, especialmente entre las personas de bajos ingresos; las de mayores ingresos prefieren el cuidado de instituciones o de una persona a quien paguen para que los cuide en el domicilio. Al evaluar los hallazgos de los grupos focales en términos de ahorro, diferenciando por nivel socioeconómico, la preferencia por la educación de los hijos y la vivienda como modalidades de ahorro se mantiene. Sin embargo, llama la atención que la segunda modalidad de ahorro en el nivel bajo no son los hijos, sino el ahorro informal, que incluye mecanismos como grupos de ahorro o el hábito de guardar el dinero en algún lugar de la casa, entre otros (Figura 7). También se observa que la independencia económica de los hijos representa una obligación menos, y por lo tanto una mayor posibilidad para ahorrar en la edad adulta, especialmente entre las personas de mayores ingresos.

Mi único ahorro fue la educación de mis hijos: tengo nueve y todos son profesionales.

(Mixto, desmovilizados, Montería)

A mí se me olvidaba un adorno, los hijos. Nosotros los educamos, son profesionales, y ellos son una alcancía en la que echamos todo, no lo que nos sobraba, sino lo que nos tocaba por fuerza. No se trataba de buscar prestado, sino, por ejemplo, de no comprar vestido, no comprar joyas, abstenernos de muchas cosas para lograr que nuestros hijos estudiaran y para que pudieran ir a la universidad, seguir la carrera que hicieron, y darles las comodidades. Yo pienso que ese es el gran ahorro que nosotros hicimos.

(Mixto, altos ingresos, Pasto)

Figura 6

Distribución de citas sobre modalidades de ahorro (grupos focales por zonas urbanas y rurales)

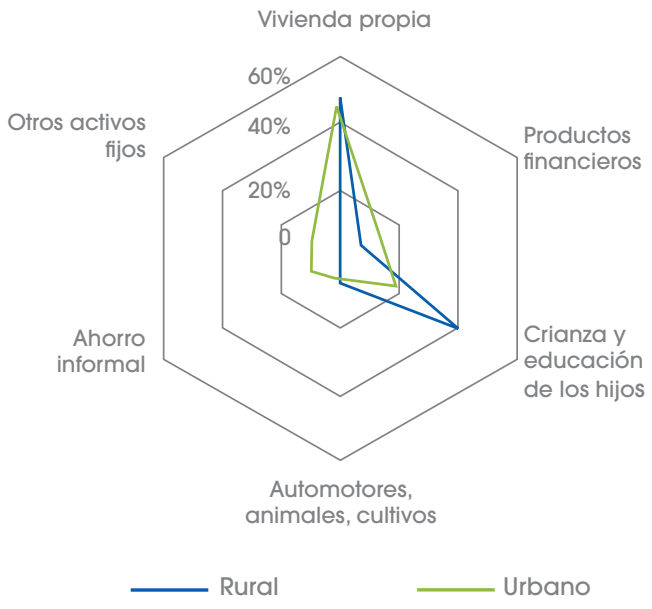
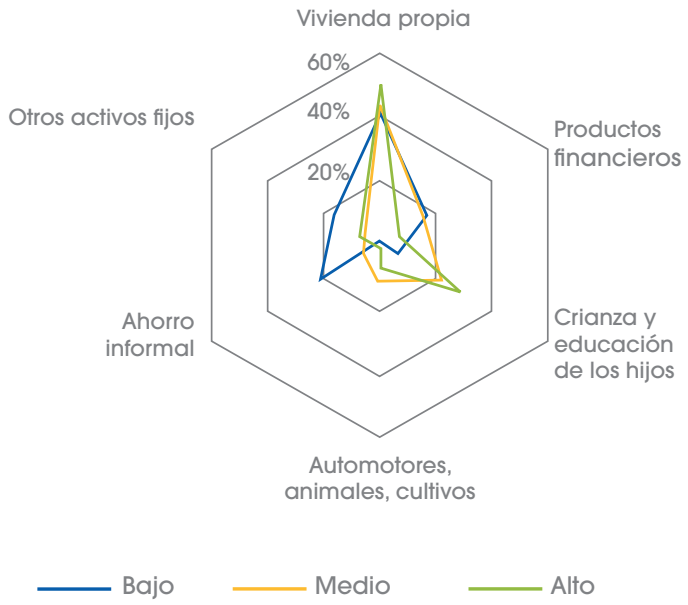


Figura 7

Distribución de citas sobre modalidades de ahorro (grupos focales por nivel de ingreso)



Elaboración propia a partir del trabajo de campo cualitativo.

Otras modalidades de ahorro se mencionan con menor frecuencia: en Bogotá hay testimonios de ahorro mediante el sistema informal de cadenas, que funciona con aportes periódicos de un grupo de personas; cada persona recibe de todos los miembros un pago en un turno determinado. En algunos casos, en especial las mujeres, ahorran pequeños montos que destinan a cubrir imprevistos y emergencias, como la enfermedad de algún miembro del hogar o gastos asociados a la educación de los hijos. En los grupos de mayores ingresos, estos ahorros en pequeños montos también se destinan a viajes. Modalidades formales como las cuentas de ahorro, seguros de vida, acciones, fondos de empleados en empresas y el Fondo Nacional del Ahorro fueron mencionadas principalmente entre pensionados y personas con altos ingresos. Entre quienes han hecho uso de sistemas formales de ahorro se encuentran algunas declaraciones de desconfianza

en el sistema financiero y pensional por fraudes, altos costos o incumplimiento de promesas, razones por las cuales prefieren recurrir a los fondos de empleados o a las inversiones en bienes raíces.

El banco no le da a uno la oportunidad de que ahorre, sino capitalizando eso y adquiriendo cosas para ir implementando más las fuentes de ingresos, porque con eso del 5 × 1000 que le quitan a uno en el banco no alcanza. Entonces yo he tratado de trabajar de esta manera, invirtiendo. Ahorita monté una tiendita y estoy trabajando en esa tienda y tengo mis cositas.
(Mixto, 40 a 60 años, Ayapel)

Vamos a un grupo de adulto mayor y allá pues tenemos una especie de cadena y consignamos semanal o quincenal y ahí nos va reventando al que nos toque, y eso lo tanteamos para ir guardando para la próxima.
(Hombre, ingresos bajos, Bogotá)

Yo estaba pagando ese seguro de la funeraria, y no volvieron ni a cobrar y se lo robaron. Le seguí pagando a otro, y también hicieron lo mismo. Ya no vuelvo a hacerlo. La plata mejor me la pongo en ropa, y en comida y vivo mejor. No vuelvo más a eso. También tuve plata en el banco, en varios bancos: tuve la plata en Barranquilla, en Girardot, y también me robaron todo eso.
(Mujeres, víctimas, Bogotá)

Yo tengo dos seguros de vida que, si bien no me garantizan a mí la vejez, sí pueden garantizar una estabilidad económica a mis hijos.
(Mixto, altos ingresos, Pasto)

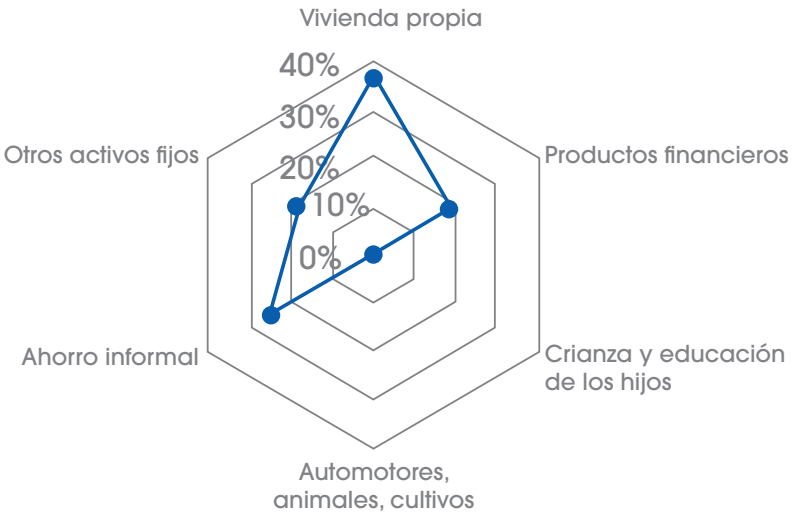
Para las personas que han sido víctimas de la violencia y el conflicto armado, la vivienda propia también es la modalidad de ahorro preferida (Figura 8). Sin embargo, esa vivienda y, en general, los activos que se acumularon en la juventud se pierden como consecuencia del desplazamiento forzado.

Yo tenía un negocio allá, en el pueblo Zapata, Antioquia. Ese negocio me lo puso mi suegro, porque era como mi papá. Todo lo que me ganaba era para ampliar el negocio y amplié y amplié. En el 87 era un gran negocio... Pero llegó la guerrilla, mató a mi suegro, me dejó inválido a un cuñado y tuve que volarme... Allá se quedaron los ahorros.
(Hombres, ingresos bajos, Montería)

Yo en la época buena que tuve no ahorré, y lo poquito que tenía lo perdí a raíz de tener que desplazarme de donde estaba. Pero eso mismo me enseñó que sí tenía que ahorrar y, hoy en día, a base de ahorro he logrado, junto con mi señora, conseguir la casa que tenemos para vivir. Este año, ya hace dos meses, la acabamos de pagar al Fondo Nacional del Ahorro. Eso es ahorro: cohibirse uno de muchas cosas para tener donde vivir.
(Hombres, víctimas, Montería)

Figura 8

Distribución de citas sobre modalidades de ahorro (grupos focales de víctimas)



Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo cualitativo.

4.5.2. Preparación económica para la vejez

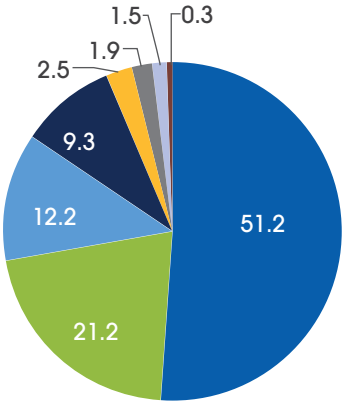
4.5.2.1. Indicadores de la Encuesta Longitudinal de Protección Social

A partir de la ELPS (2012) también es posible saber qué están haciendo actualmente los colombianos para mantenerse económicamente en la vejez. Entre las personas de 40 y 59 años de edad, un 51 % dice no hacer nada, resultado que tiene sentido en un contexto de ingresos bajos, altas tasas de informalidad y baja capacidad de ahorro (Figura 9, panel A). Aportar a un fondo de pensiones voluntarias es el mecanismo más popular de ahorro para la vejez, como lo señala Guataquí et al. (2009); le sigue la preparación de sus hijos y el ahorro por cuenta propia. En contraste, el porcentaje de personas de 60 años o más que reporta no estar haciendo nada para la vejez es del 75 %. Este resultado es esperado: las personas mayores ya no se encuentran en la etapa productiva y por lo tanto deben estar gastando lo ahorrado (Figura 9, panel B).

Figura 9

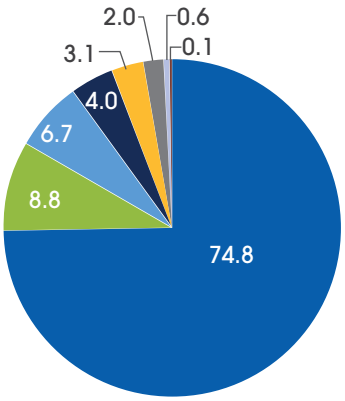
Porcentaje de personas que reportan lo que están haciendo para mantenerse económicamente en la vejez (entre 40 y 59 años y 60 o más)

A) Porcentaje de personas que reportan entre 40 y 59 años



- Nada
- Aporta al fondo de pensiones obligatorias
- Preparar a los hijos para que puedan mantenerlo en la vejez
- Ahorrar
- Hacer inversiones
- Aporta a un fondo de pensiones voluntarias
- Otro
- Pagando un seguro por su cuenta

B) Porcentaje de personas que reportan de 60 años o más



- Nada
- Preparar a los hijos para que puedan mantenerlo en la vejez
- Ahorrar
- Aporta al fondo de pensiones obligatorias
- Otro
- Hacer inversiones
- Aporta a un fondo de pensiones voluntarias

Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS (2012).

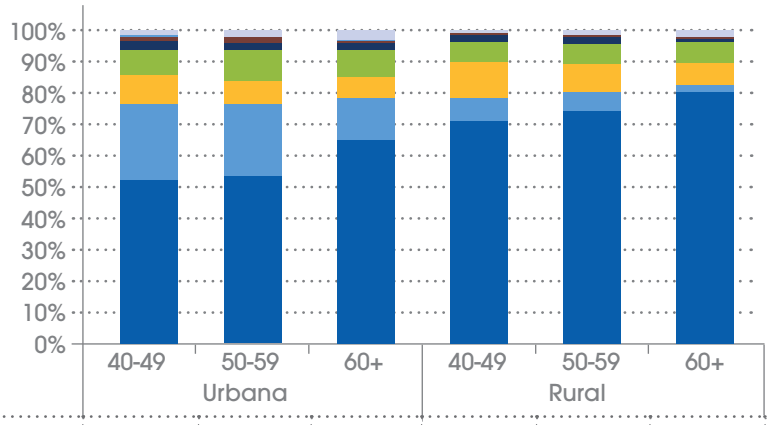
Al desagregar por área y por grupos de edad[11] (Figura 10), lo primero que se aprecia es que la gran mayoría de adultos rurales en Colombia (72 %) no está adoptando ningún mecanismo para protegerse en la vejez. Este porcentaje es

11 No hay diferencias en las respuestas cuando se diferencia por sexo.

del 53 % en las zonas urbanas. Como se había dicho, el número de personas que adopta algún mecanismo de protección para la vejez en los grupos de edad más avanzados se reduce: se trata de personas mayores cuyas posibilidades de hacerlo ya son pocas. El principal mecanismo de ahorro varía dependiendo del área de residencia. En las zonas urbanas, la primera opción es cotizar a un fondo de pensiones, a diferencia de las zonas rurales donde el segundo método más popular es preparar a los hijos para que ellos puedan mantenerlos en la vejez.

Figura 10

Porcentaje de personas que reportan lo que están haciendo para mantenerse económicamente en la vejez (área y grupos de edad)



	Urbana			Rural		
	40-49	50-59	60+	40-49	50-59	60+
Otro	1.85	2.31	3.17	0.67	1.25	1.89
Costear un seguro por cuenta propia	0.26	0.13	0.17	0.27	0.00	0.12
Aportar a pensiones voluntarias	1.67	1.93	0.92	0.91	0.67	0.68
Realizar inversiones	2.33	2.12	2.16	1.87	2.33	1.17
Ahorrar	8.17	9.74	8.31	6.74	6.71	6.49
Preparar a los hijos	9.29	7.49	6.72	11.27	8.59	7.04
Aportar a pensiones obligatorias	24.17	22.17	13.46	6.87	5.91	2.27
Nada	52.26	54.10	65.07	71.40	74.54	80.34

Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS (2012).

4.5.2.2. Preparación económica para la vejez: análisis cualitativo con base en los grupos focales

En los testimonios recogidos en los grupos focales, las personas admiten que no planearon su vejez. Según Londoño (2006), la población colombiana joven sobrevalora el ingreso actual y ve el ahorro como una pérdida de valor adquisitivo. Los entrevistados manifiestan sistemáticamente que sus ingresos no son suficientes y que las muchas necesidades apremiantes que tienen que cubrir no les permiten ahorrar. La falta de preparación para la vejez es aún más evidente en el campo: los trabajos en el sector agropecuario se pagan comúnmente por jornal (por día), son informales y además inestables porque dependen de los ciclos de los cultivos. Adicionalmente, las personas de las áreas rurales sienten que tienen menos acceso a información sobre ahorro y preparación económica en general.

La poca planeación de largo plazo obedece a la falta de conocimiento sobre la importancia de prepararse para la vejez. Las personas mayores afirman que el envejecer los lleva a revisar su historia y que, de haber conocido mejor el significado de esta etapa, habrían buscado más oportunidades para ahorrar y procurarse una mejor calidad de vida. No obstante, algunos manifiestan que es importante disfrutar en el presente del dinero que se gana trabajando. La religión juega un papel importante: de algún modo reduce la incertidumbre sobre la vejez, pues el futuro se ve como algo sobre lo que se tiene poco control, algo determinado por factores externos. En el caso de las personas con mayores ingresos, además, hay testimonios en los que se afirma que no se ahorra porque, siguiendo las enseñanzas de la religión católica, se sienten en la obligación de emplear el dinero en ayudar a personas de la familia o a otras personas en problemas.

En general se percibe que la situación de las nuevas generaciones es distinta: hay más información disponible y son más conscientes de la importancia de ahorrar y de prepararse para el envejecimiento. En respuesta a la falta de preparación económica para la vejez, las personas mayores siguen vinculadas al mercado laboral informal y dependen del apoyo de familiares, principalmente de los hijos, y de los subsidios del Gobierno en el caso de las personas de bajos ingresos.

Me hubiera gustado que mi papá y mi mamá me hubieran dicho: "Mire, usted no se va a quedar niña, va a ser una señora adulta y de pronto tiene que tener unos ahorros para su vejez, por si no puede trabajar, porque uno no sabe si se enferma".

(Mujeres, bajos ingresos, Bogotá)

¿Qué son políticas sociales? Preparar a la gente para la vejez. Al campo casi nunca llegan. Aquí es la primera vez que yo escucho que vienen a hablar de eso... Pero son políticas muy diferentes al campo: en la ciudad usted tiene su sueldo, y automáticamente el Estado lo obliga a que usted pague su pensión. En el campo es otra cosa: son dineros esporádicos, jornales; la gente puede pasar toda la semana sin recibir un jornal, y entonces es muy difícil decir: "Me voy a poner en conciencia a sacar el trabajo del día para ponerlo en un depósito de pensiones", porque puede que esta semana tenga todos los días trabajo, pero puede que la otra semana no tenga trabajo ningún día de trabajo.

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

Tampoco me he preocupado por mi vejez..., porque Dios tampoco desampara a nadie.

(Mixto, 40 a 60 años, Puerres)

4.5.3. Vivienda propia y acumulación de activos de los hogares

4.5.3.1. Resultados de la ELPS

En esta sección se analizan los diferentes tipos de activos que acumulan los hogares como una forma de ahorro y de preparación para la vejez. Se diferencia por área, edad de los integrantes del hogar y características del jefe de hogar.

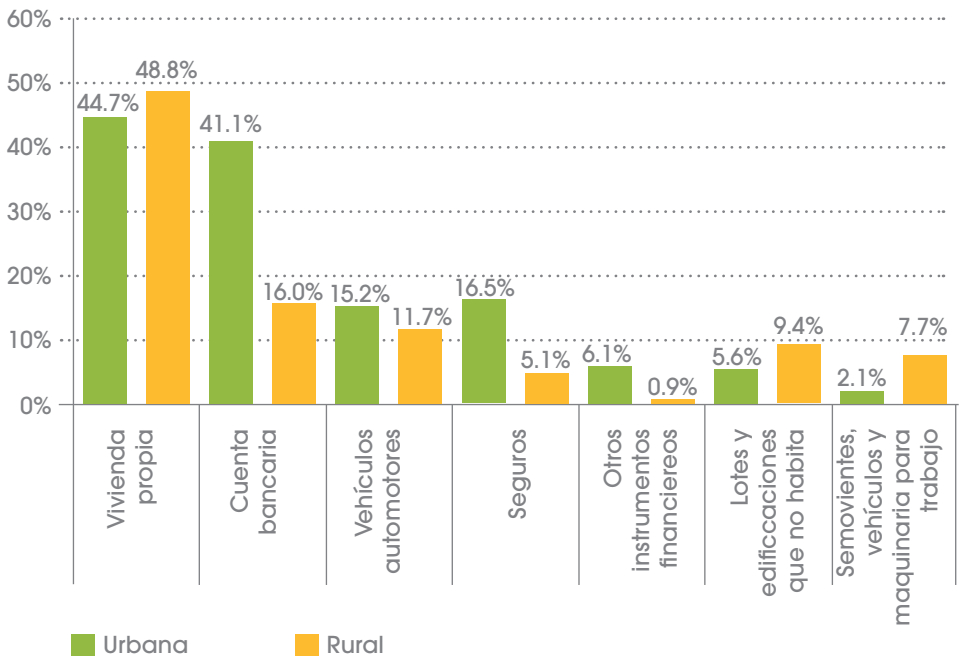
Al hacer una diferenciación entre zonas urbanas y rurales (Figura 11), se encuentra que, en todos los grupos poblacionales de la muestra, el activo más

común en los hogares es la vivienda. Es incluso mayor en las zonas rurales, lo que se puede explicar por el hecho de que gran parte de los habitantes del campo tuvieron que construir su propia vivienda.

En los hogares urbanos adquiere mayor importancia otra forma de activos como cuentas bancarias, seguros y otros instrumentos financieros, mientras que en las zonas rurales los semovientes y la maquinaria para el trabajo, y la posesión de inmuebles distintos a la vivienda –tierras, lotes o parcelas– tienen más relevancia (Figura 11).

Figura 11

Porcentaje de hogares que poseen algún activo, según área



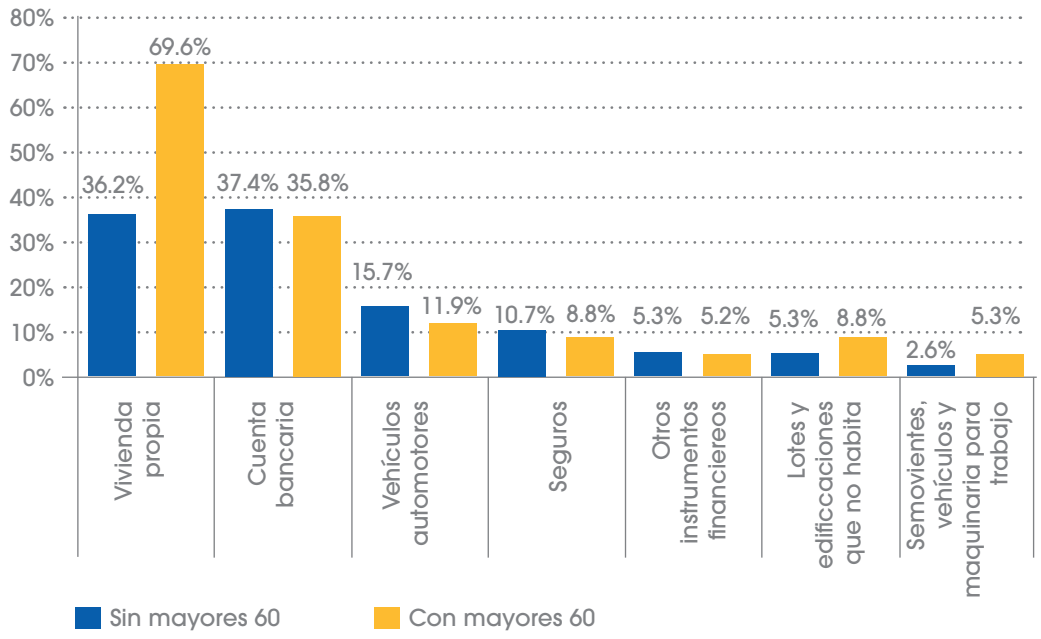
Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS (2012).

Al comparar los hogares que tienen miembros de 60 años o más con los que no los tienen, la mayor diferencia entre ambos es la tenencia de vivienda propia (Figura 12). Alrededor del 70 % de los hogares en los que viven personas mayores tiene vivienda propia, en comparación con un 37 % de hogares en donde no viven

personas de 60 años o más y tiene vivienda propia. Se deduce la importancia que tiene la propiedad de vivienda para las personas mayores, no solamente por la posibilidad de dejar una herencia al morir, sino también por el impacto que tiene en su papel en la vida familiar (los resultados de los grupos focales corroboran esto).

Figura 12

Porcentaje de hogares que poseen algún activo
(con miembros de 60 años o más)



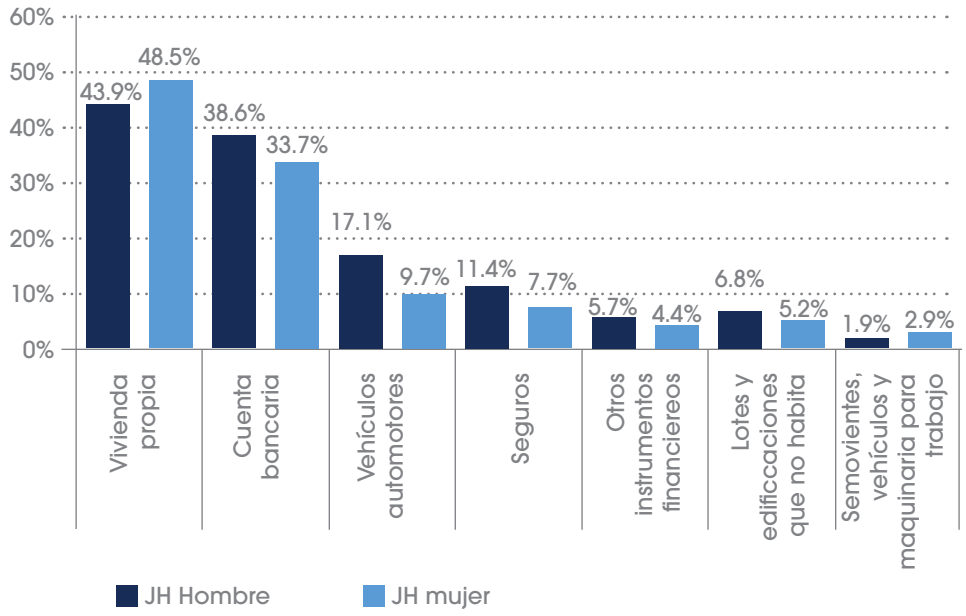
Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS (2012).

Al comparar las respuestas según el sexo del jefe de hogar, el porcentaje de hogares, que posee instrumentos financieros y otros activos físicos diferentes a la vivienda, es un poco más alto cuando el jefe de hogar es hombre (Figura 13). Esto puede obedecer a que en los hogares monoparentales, con jefatura femenina, los ingresos y la acumulación de activos suelen ser menores; las mujeres tienen más dificultades para generar recursos propios y vincularse al mercado financiero formal, de ahí la diferencia de acceso a los servicios financieros entre hombres y mujeres.

El análisis de los datos revela, por otra parte, que la tenencia de vivienda es más común en los hogares liderados por una mujer: en el 49 % de los hogares en los que la mujer es jefe de hogar, la vivienda es propia; cuando el jefe de hogar es un hombre, el porcentaje es de un 44 %. Este resultado podría estar vinculado a la mayor vulnerabilidad económica de las mujeres cabeza de hogar que, paradójicamente, tienen vivienda propia, así sea autoconstruida o de precarias especificaciones físicas: es su mecanismo de protección ante la imposibilidad de pagar arriendo.

Figura 13

Porcentaje de hogares que poseen algún activo
(según sexo del jefe de hogar)



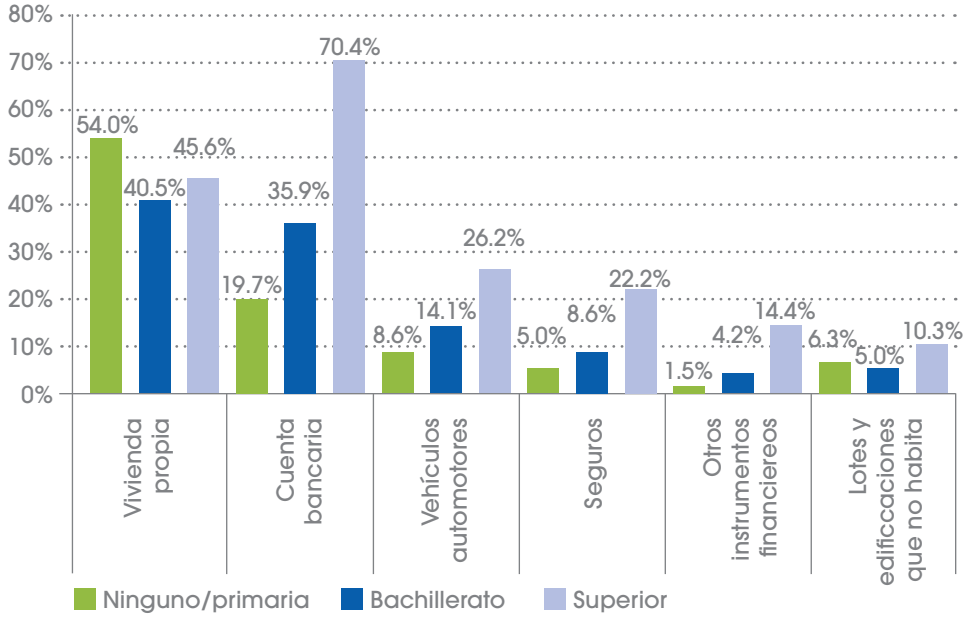
Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS (2012).

Un resultado similar arrojó el análisis de los beneficiarios del programa Colombia Mayor *(capítulo de Protección económica)*: cuando los niveles educativos de los jefes de los hogares eran muy bajos, la tendencia a tener vivienda propia era mayor. Las cifras de la ELPS ratifican estos resultados, a primera vista contraintuitivos.

En efecto, al analizar la tenencia de activos según el nivel de educación del jefe de hogar (Figura 14)[12], los resultados muestran que en los hogares menos educados, y presumiblemente de ingresos más bajos, la vivienda es el principal medio de acumulación de activos. Así, en un 54 % de los hogares en los que el nivel máximo de educación del jefe de hogar es la básica primaria, la vivienda es propia, en comparación con un 46 % de los hogares en los que el jefe de hogar tiene educación superior parcial o completa. Cabe resaltar que los mayores porcentajes de vivienda propia, entre los hogares cuyos jefes tienen niveles de educación más bajos, coinciden con el hecho de que, en general, esas viviendas son autoconstruidas, sus condiciones físicas son precarias y no tienen el respaldo de títulos formales de propiedad. En contraste, la tenencia de activos diferentes a la vivienda se incrementa considerablemente entre los individuos con educación superior completa o incompleta: el 70 % de los hogares en los que el jefe tiene algún tipo de educación superior tiene cuenta bancaria, en comparación con el 20 % que se registra en los hogares cuyo jefe solo completó algún nivel de primaria o ninguno.

Figura 14

Porcentaje de hogares que poseen algún activo (según nivel educativo del jefe de hogar)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS (2012).

12 La primaria no incluye educación, el bachillerato comprende la básica secundaria y media, y la superior engloba los estudios universitarios, técnicos, tecnológicos y postgrados.

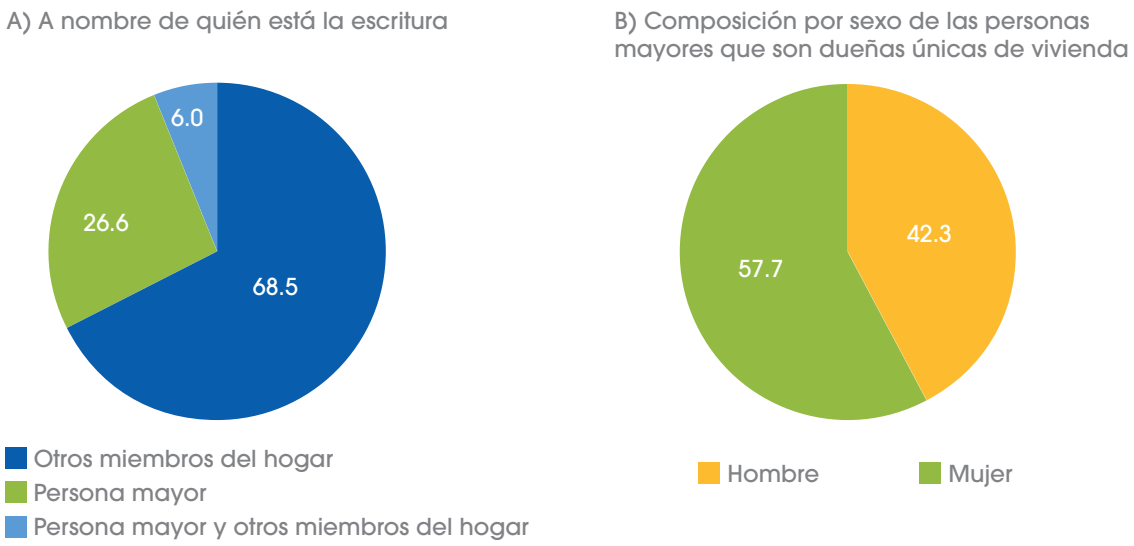
4.5.3.2. Ahorros y activos de las personas mayores según la Encuesta de Calidad de Vida

A pesar de que las personas pueden contar con un patrimonio acumulado en su etapa productiva, no todos esos bienes pueden traducirse en un ingreso que les permita cubrir sus gastos en la vejez. A partir de la información provista por la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del 2013, esta sección se concentra en los activos acumulados por las personas mayores que sí pueden traducirse en protección económica, como es el caso de los activos fijos y de los ingresos que genera su arriendo o su venta.

Según la ECV (2013), en un 27 % de los hogares las escrituras de la vivienda están a nombre exclusivamente de la persona mayor, y en un 5 % adicional las escrituras se comparten con otros miembros de la familia (Figura 15, panel A). Es decir, en casi una tercera parte de los hogares en los que la vivienda es propia, las personas mayores juegan un papel primordial en la tenencia, y se evidencia el aporte que hacen al sostenimiento del hogar. Al desagregar por sexo, el 58 % de las personas mayores con escrituras de la vivienda es mujer y el 42 % es hombre (panel B).

Figura 15

Composición de las escrituras de la vivienda

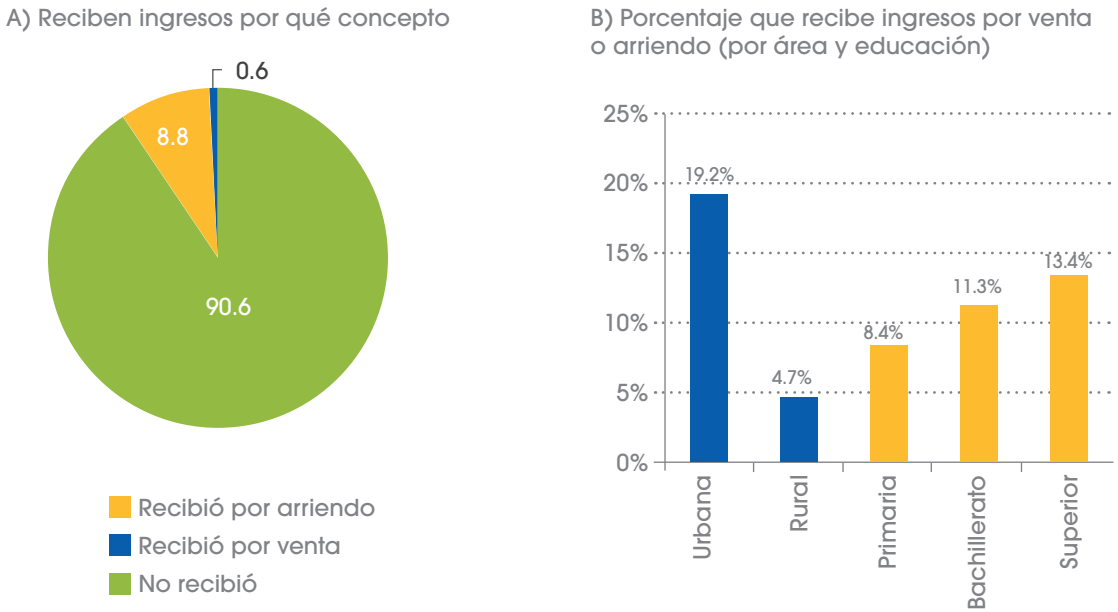


Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

En cuanto a la percepción de ingresos por concepto de activos en finca raíz, solo el 9 % de las personas de 60 años o más recibió en el último mes ingresos por el arriendo de propiedades y menos del 1 % recibió ingresos por venta (Figura 16, panel A). En las áreas urbanas, el 19 % recibe ingresos por arriendo o venta, porcentaje que se reduce al 5 % en las zonas rurales. A medida que el nivel educativo aumenta, lo hace también la proporción de personas mayores que reciben ingresos por el arriendo de una propiedad. Mientras un 13 % de las personas mayores con educación superior recibe ingresos por arriendos, solo el 8 % con primaria como máxima escolaridad lo hace. Este resultado contrasta con lo comentado atrás, en el sentido que los hogares con jefes de hogar con menor escolaridad tienden a ser propietarios de vivienda en mayor proporción. La contradicción se resuelve si se tiene en cuenta que la vivienda propia de esas personas de baja escolaridad es autoconstruida y, por lo general, muy precaria en cuanto a especificaciones físicas y sin títulos formales de propiedad, casos en los cuales es más difícil arrendar a terceros.

Figura 16

Personas mayores que reciben ingresos por arriendo o venta de bienes raíces



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV (2013).

4.5.3.3. Vivienda propia y acumulación de activos de los hogares: análisis cualitativo

La mayoría de las personas de bajos ingresos y con un componente rural tiene vivienda propia. La adquisición de vivienda se considera como uno de los mecanismos más importantes para prepararse económicamente para la vejez, una etapa en la que tener vivienda propia genera una sensación de seguridad. Para la mayoría de los entrevistados, no tener que pagar arriendo es un gran alivio para la difícil situación económica que dicen tener, y además les garantiza un lugar donde vivir aun cuando no tengan dinero. Algunas personas mayores arriendan habitaciones en sus viviendas lo que les genera un ingreso adicional. Por otra parte, una de las mayores satisfacciones de tener vivienda es la posibilidad de dejarles una herencia a los hijos y de contar con un lugar donde recibir a la familia.

Los entrevistados de los grupos focales de bajos ingresos y áreas rurales dicen que la construcción de sus casas la hacen con los aportes de distintos miembros de la familia y, en menor medida, con créditos y ayudas de fundaciones o programas del Gobierno. Estos últimos fueron mencionados reiteradamente en los grupos focales realizados con las víctimas del conflicto armado. Generalmente, la construcción de la vivienda toma varios años; puede empezar en la generación de los padres y continuar en la de los hijos, que sigue haciendo modificaciones y adiciones. En ocasiones, las mismas familias son las que construyen la vivienda. Las personas con ingresos más altos recurren más a los mecanismos formales –créditos bancarios– para adquirir vivienda.

Pues yo tengo una casa lote, no pago arriendo y eso alivia un poquito.
(Hombres, bajos ingresos, Bogotá)

Cuidar la vivienda es lo más esencial, porque pagar arriendo es engordar un marrano para nada.
(Mujeres, bajos ingresos, Pasto)

Lo logramos; fijamos esa meta y lo logramos. Vamos a pasar una vejez digna, porque tenemos una vivienda digna. El sueldo es poquito, pero me alcanza para vivir así.
(Mixto, ingresos altos, Montería)

Yo logré acumular algo y con eso compré una parcelita en la vereda donde vivía. Después la vendí y compré aquí, en el barrio Estrella, media hectárea de tierra. Hice una casita y mis tres hijos varones también tienen su casita.
(Hombres, bajos ingresos, Ayapel)

Con una ayuda que me dio el Gobierno yo hice un apartamento en la casa en donde mi mujer y yo vivimos. Es el único ahorro que yo puedo tener.
(Hombres, víctimas, Montería)

La propiedad de la vivienda tiene una importante implicación adicional para las personas mayores: el efecto de esa tenencia en la familia y en la convivencia. De acuerdo con la ELPS, como ya se mencionó, en cerca del 70 % de los hogares con miembros de 60 años o más la vivienda es propia, porcentaje que en los hogares sin personas mayores es de solo un 37 %. Para las personas mayores no solo es importante la posibilidad de dejar como herencia su propiedad, sino además poder convivir con el grupo familiar en condiciones dignas durante la vejez. En los grupos focales se encontraron casos en los que las personas mayores heredan en vida la vivienda a los hijos y todos continúan viviendo en ella. Es común que distintas generaciones convivan en el mismo espacio, especialmente en las áreas urbanas; en las rurales los jóvenes tienden a migrar en busca de mejores oportunidades de educación y trabajo. Esta situación se presenta menos entre las personas con mejores ingresos: para ellos la vivienda es el lugar de refugio en la vejez, la garantía de no llegar a ser una carga para los hijos ni estar "arrimados" en la casa de nadie.

Cuando recién nos casamos en lo primero que pensé fue en la vivienda. Recuerdo que muchos compañeros decían que iban a comprar carro o que iban a comprar esto otro. Yo pensaba en la vivienda, en tener un techo. Me parece terrible llegar a viejo, no poder hacer nada, no tener dónde ubicarse y tener que vivir donde los hijos.
(Mixto, ingresos altos, Bogotá)

4.6. Conclusiones

En este capítulo se llevó a cabo un análisis de los mecanismos de ahorro voluntario e inversión para la vejez de las personas mayores y de las cohortes cercanas al envejecimiento. El primer resultado que se destaca es que, más allá del relativamente bajo porcentaje que cotiza formalmente para pensiones –cerca del 30 % de los ocupados, según el análisis del *capítulo de Protección económica*–, la mayoría de la población no hace nada para prepararse para la vejez. De acuerdo con la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS), incluso entre los mayores de 40 años, de quienes se esperaría una mayor conciencia sobre la necesidad de preparación, más del 50 % afirma que no hace nada para mantenerse económicamente en la vejez. Ese porcentaje, además, es superior al 70 % en las zonas rurales.

Tanto en los análisis estadísticos basados en encuestas representativas, como en los estudios cualitativos a partir de los grupos focales, la razón que argumentan las personas para no prepararse económicamente para la vejez es la baja capacidad de ahorro. Cerca de un 10 % de los encuestados en la ELPS y un número importante de los participantes en los grupos focales afirma que su manera de prepararse es invertir en la educación de los hijos para que en el futuro ellos puedan apoyarlos económicamente.

Si bien el funcionamiento del sistema de ahorro pensional voluntario es eficiente, su cobertura es extremadamente limitada: solo alcanza al segmento de la población de mayores ingresos. Ello no solo obedece a que las personas de menores ingresos tienen baja capacidad de ahorro, sino también al hecho de

que los incentivos de estímulo al ahorro en pensiones voluntarias en Colombia consisten en deducciones tributarias que solo pueden atraer a quienes pagan impuestos, es decir, a la población de ingresos más altos. Para las personas de menores ingresos no hay incentivos acordes a su realidad económica.

Así las cosas, sería conveniente promover mecanismos de estímulo al ahorro pensional voluntario que cobijen a toda la población y que estén debidamente integrados al sistema general de pensiones obligatorias. El modelo chileno es un buen ejemplo a seguir: allí las personas que ahorran en fondos voluntarios de pensiones y no tienen los ingresos necesarios para pagar impuestos, ni por lo tanto para beneficiarse de exenciones tributarias, reciben subsidios sobre sus aportes una vez se convierten en fuente de pagos periódicos para la vejez.

Un paso importante que dio el país en aras de facilitar la cotización voluntaria para la vejez de quienes no pueden hacer los aportes obligatorios al sistema general de pensiones fue la creación del sistema de Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) a partir del Acto Legislativo 01 del 2005. Estos contemplan la asignación de un 20 % de subsidio estatal sobre el saldo que tiene el ahorrador en el momento de convertir esos recursos en una renta periódica para la vejez. Los BEPS son en este sentido similares al esquema chileno, y podrían ayudar a incrementar los recursos disponibles para mejorar el nivel de vida de las personas mayores de los segmentos más pobres de la población. Sin embargo, su alcance es limitado: se dirige exclusivamente a los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén y además no se integra apropiadamente al sistema general de pensiones, lo que podría desestimular la cotización en el sistema formal. Sería deseable que ese sistema de ahorro pensional voluntario para las personas de bajos ingresos hiciera parte de un sistema integrado de ahorro voluntario para la vejez y cubriera a la mayoría de la población.

Los bajos niveles de ahorro financiero para la vejez, en un contexto en el que la mayor parte de la población no tiene acceso a una pensión, es una realidad preocupante que habla también de enormes deficiencias en materia de educación financiera. Es crucial que el Estado promueva el alfabetismo financiero, especialmente en los programas de educación básica y secundaria. Personas mejor educadas financieramente actúan de un modo más racional dentro del sistema, y esto a su vez propicia un funcionamiento más eficiente de la protección y de los sistemas de ahorro.

En cuanto a la acumulación de activos no financieros como mecanismo de preparación para la vejez, los análisis cuantitativos y cualitativos de este capítulo demuestran que la vivienda es sin duda el activo más importante para las personas mayores. La propiedad de la vivienda representa el patrimonio familiar y el legado a generaciones futuras. Adicionalmente, facilita la convivencia con el resto de la familia, tiene implicaciones positivas para el cuidado y la autoestima de los mayores, y en ocasiones ayuda a la obtención de un ingreso por concepto de arrendamiento. Los análisis indican que la propiedad de vivienda es incluso más extendida entre las familias más vulnerables económicamente, en parte por la dificultad que para ellas representa el pago de un arriendo. La contrapartida de esta realidad es que las viviendas de las familias más pobres suelen ser construcciones precarias, en muchos casos autoconstruidas, sin títulos formales de propiedad y con bajas probabilidades de generar ingresos por arrendamiento, venta o hipotecas revertidas. En este contexto, trabajar en programas de formalización de títulos de propiedad contribuiría a mejorar el nivel de vida de las personas mayores.

Sin perjuicio de lo que se haga en materia de educación financiera y de estímulos al ahorro para mejorar las condiciones de vida de las futuras personas mayores, es claro que la situación de vulnerabilidad en la que vive una importante proporción de ellas en la actualidad exige un apoyo estatal mediante la ampliación de programas como Colombia Mayor. Si bien esta medida tendría un impacto fiscal significativo, ese costo es relativamente bajo frente a los enormes subsidios que hoy reciben los estratos más altos de la población a través del sistema general de pensiones, en particular de su régimen de prima media, y los regímenes especiales.

4.7. Referencias bibliográficas

Acuña, R. (2015) *Cómo fortalecer los sistemas de pensiones latinoamericanos. Experiencias, lecciones y propuestas.* Tomo II. Santiago de Chile: sura Asset Management.

Altintas, K. M. (2011). *The dynamics of financial literacy within the framework of personal finance: An analysis among Turkish university students.* African Journal of Business Management, 5(26), 10483-10491.

Ando, A. y Modigliani, F. (1963). *The "life cycle" hypothesis of saving: Aggregate implications and tests.* The American Economic Review, 53(1), 55-84.

Attanasio, O. y Browning, M. (1994). *Testing the life cycle model of consumption: What can we learn from micro and macro data.* Investigaciones Económicas. Fundación sepi, 18(3), 433-463.

Banks, J., Blundell, R. y Tanner, S. (1998). *Is there a retirement-savings puzzle?* American Economic Review, 88(4) 769-788.

Bernheim, B. D. (1987). Dissaving after retirement: Testing the pure life cycle hypothesis. En Issues in pension economics (pp. 237-280). Chicago: University of Chicago Press.

Bernheim, B. D., Skinner, J. y Weinberg, S. (2001). *What accounts for the variation in retirement wealth among us households?* American Economic Review, 91(4), 832-857.

Börsch-Supan, A. y Stahl, K. (1991). *Life cycle savings and consumption constraints.* Journal of Population Economics, 4(3), 233-255.

Browning, M. y Crossley, T. F. (2001). *The life-cycle model of consumption and saving.* Journal of Economic Perspectives, 15(3), 3-22.

Butelmann, A. y Gallego, F. (2001). *Estimaciones de los determinantes del ahorro voluntario de los hogares en Chile (1988 y 1997).* Santiago de Chile: Banco Central de Chile.

Castañeda, A., (2001). *El ahorro de los hogares colombianos: Un análisis a partir de las encuestas de ingresos y gastos.* Tesis de doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

Castañeda, A. y Piraquive, G. (1997, julio). *Determinantes del ahorro de los hogares: explicación de su caída en los noventa.* Archivos de Macroeconomía, 61.

Diamond, P. A. y Hausmann, J. A. (1984). *Individual retirement and savings behavior.* Journal of Public Economics, 23(1), 81-114.

Fuentes, E. (2010). *Incentivando la cotización voluntaria de los trabajadores independientes.* Una aproximación a partir del caso de Chile. Working Papers, 1011.

Galasso, V., Gatti, R. y Profeta, P. (2009). *Investing for the old age: pensions, children and savings.* International Tax and Public Finance, 16(4), 538-559.

González, E. G., y Gómez, N. Z. (2012). *Las capacidades financieras de la población colombiana.* Bogotá: Banco de la República.

Guataquí, J. C., Rodríguez, M. y García, A. F. (2009). *Ahorro para el retiro en Colombia: patrones y determinantes.* Serie Documentos de Trabajo, 72.

Londoño, N. C. (2006). *El desafío intertemporal del ahorro voluntario en pensiones: un análisis microeconómico desde la teoría del comportamiento.* Documento cede 2006-34. Bogotá: Universidad de los Andes.

Melo, L., Téllez, J. y Zárate, H. (2006). *El ahorro de los hogares en Colombia.* Revista espe, 52, 110-161.

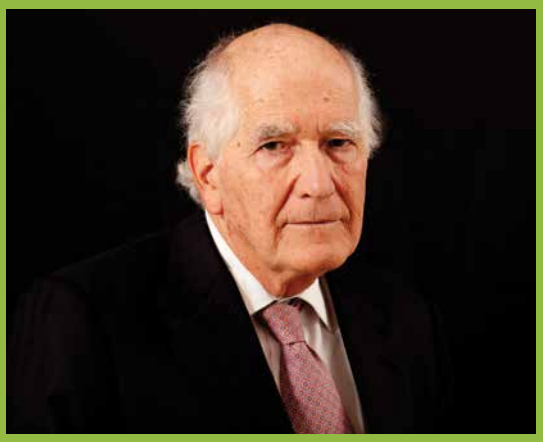
Merton, R. (2011, 28 de septiembre). *Lecture 2: Financial innovation in residential housing finance: Funding, risk transfer, and efficient asset use. En Observations on the future of financial innovation and engineering: Addressing financial challenges of the Economy.* Princeton Lectures in Finance, Princeton, NJ.

Modigliani, F. (1966). *The life cycle hypothesis of saving, the demand for wealth and the supply of capital.* Social Research, 33(2), 160-217.

Swedberg, J. (2002, marzo). *More than small change.* Credit Union Management, 25(3), 10.

Tovar, J. (2008). *Caracterización del ahorro de los hogares en Colombia.* Coyuntura Social, 38-39, 183-206.

Villar, L., Forero, D. y Becerra, A. (2015). *Colombia: una mirada desde la visión multipilar.* En R. Acuña, Cómo fortalecer los sistemas de pensiones latinoamericanos. Experiencias, lecciones y propuestas. Tomo II (pp. 177-240). Santiago de Chile: sura Asset Management.



5.

Diagnósticos y retos del sistema de salud frente al envejecimiento

Por Catalina Gutiérrez, Jonathan Moreno,
Lina María González, Augusto Galán y Catalina Ruiz[1]

ISBN (Online)
978-958-59203-2-3

1 Los autores agradecen a Marcela Hurtado por el procesamiento de las estadísticas descriptivas de este capítulo, basado en la ECV del 2010.

Contenido

5.1. Introducción 288

5.2. Perfil de morbimortalidad 289
5.2.1. Preguntas e hipótesis 289
5.2.2. Marco conceptual 289
5.2.3. Metodología 294
5.2.4. Resultados 295
5.2.5. Percepción del estado de salud 312

5.3. Aseguramiento, uso y acceso a los servicios de salud de la población de 60 años o más 315
5.3.1. Marco conceptual y discusión metodológica 316

5.4. Determinantes del estado de salud 331
5.4.1. ¿Qué sabemos sobre los determinantes sociales en salud? 331
5.4.2. Hábitos de vida saludables en Colombia 336
5.4.3. Algunas comparaciones internacionales 341
5.4.4. Modelo del estado de salud de los mayores de 60 años 343
5.4.5. Análisis cualitativo frente al envejecimiento activo 349

5.5. Costos del envejecimiento para el sistema de salud 354
5.5.1. Antecedentes legales: la población mayor de 60 años en el sistema de salud colombiano 355
5.5.2. Bases de datos 359
5.5.3. Gasto en salud 363
5.5.4. Proyección de costos el gasto en aseguramiento en salud 373

5.6. Conclusiones y recomendaciones de política 394

5.7. Referencias bibliográficas 401

ANEXO 1. Datos históricos de afiliación a la seguridad social en salud 409
ANEXO 2. Datos históricos de gasto en salud. Pesos corrientes 410
ANEXO 3. Gasto histórico en seguridad social en salud. Pesos constantes y valor per cápita 414
ANEXO 4. Crecimiento observado del gasto en seguridad social en salud 418

5.1. Introducción

Durante las próximas décadas Colombia registrará un cambio en la estructura etaria de su población, con un incremento en la participación de los mayores de 60 años en la población total. Es previsible que este cambio genere por sí solo aumentos del gasto en salud, en la medida en que el consumo y el uso de los servicios de salud es mayor en estos rangos de edad. A estas presiones demográficas se añaden otras: el avance tecnológico, que puede traducirse en tratamientos más costosos; el cambio en el perfil epidemiológico, que ocurre cuando el ingreso per cápita aumenta; y posiblemente, tras la aprobación de la Ley Estatutaria en Salud, un mayor consumo, producto de un plan de beneficios ampliado. El efecto del envejecimiento en los costos en salud dependerá de qué tan saludables o enfermos estén los colombianos. Una población mayor de 60 años sana, causará menos costos que una población enferma. Dos factores afectan el estado de salud de la población: el acceso a servicios de calidad y los determinantes sociales como las condiciones ambientales, las preferencias por el cuidado de la salud y la vida activa, entre otros.

Este capítulo se propone cuatro objetivos: los tres primeros desde un análisis mixto –cuantitativo y cualitativo– y el último con una perspectiva cuantitativa y con el uso de proyecciones. Se busca estimar el perfil de morbimortalidad asociado al envejecimiento de la población colombiana y paralelamente establecer cuál es la percepción de salud que se tiene. Se analizan también las estadísticas asociadas al aseguramiento, al uso y acceso de los servicios de salud de la población mayor y que envejece y la percepción que tienen del sistema. En tercera instancia, se busca entender las condiciones y los determinantes de la salud de la población mayor de 60 años y de la que envejece. Por último, se estima el efecto del envejecimiento enlos costos de salud de la población.

En las secciones que siguen a continuación se describe en primer término el perfil de morbimortalidad de la población mayor, con referencia al curso de vida y se triangula con los resultados de la investigación cualitativa en la categoría de percepción de salud. Enseguida se presentan las condiciones de cobertura, afiliación, uso y acceso a los servicios de salud, y se triangulan con

la percepción que, de acuerdo a los grupos focales, se tiene del sistema. En la siguiente sección se abordan los hábitos relacionados con la salud y en relación con las acciones dirigidas al envejecimiento activo de la población, y se presenta el modelo de estimación del estado de la salud, que busca establecer sus principales determinantes en las personas mayores. La última sección, que presenta resultados, empieza con una breve descripción de las normas especiales del sistema referidas a las personas mayores, sigue con el comportamiento del gasto en salud en Colombia y los costos asociados, para después presentar los dos modelos a partir de los cuales se estiman los costos de salud y su proyección. En la última sección se dan las conclusiones del capítulo y las recomendaciones de política.

5.2. Perfil de morbimortalidad

5.2.1. Preguntas e hipótesis

En primera medida, esta investigación plantea ahondar en los perfiles de morbimortalidad de las personas mayores en Colombia, en el acceso a la salud y en algunas estadísticas demográficas que ayuden a caracterizar a esta población. La primera pregunta es:¿cuáles son las condiciones de salud que más afectan a la población colombiana conforme envejece? Los sospechosos tradicionales surgen como la hipótesis natural sobre el tipo de enfermedades que aquejan a la población mayor: enfermedades crónicas. En particular se espera encontrar una alta incidencia de enfermedades psiquiátricas, artritis, enfermedades cardiovasculares, patologías respiratorias y cáncer. El estudio de corte transversal con base en la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) del 2012 se utiliza para estudiar la afiliación, el uso y el acceso a los servicios de salud de la población mayor de 60 años.

5.2.2. Marco conceptual[2]

El envejecimiento de la población en el mundo se relaciona directamente con los cambios del perfil epidemiológico de las sociedades: cuando la edad promedio

2 Para el marco conceptual se estudiaron en total 69 artículos sobre el perfil epidemiológico en el envejecimiento y la vejez. La búsqueda se hizo en EBSCO host (http://www.ebscohost.com) y ProQuest; se revisaron las referencias de las fuentes primarias y se definió su pertinencia para esta investigación. Fueron revisados, también, Medline, Embase y Central.

de muerte aumenta, el perfil de morbimortalidad[3] también cambia. Cuando la esperanza de vida al nacer es menor a los 50 años, hay un predominio de las enfermedades transmisibles de tipo infeccioso; cuando esa expectativa aumenta, la proporción de muertes atribuidas a causas infecciosas disminuye y crece la proporción de muertes por enfermedades no transmisibles (ECNT) (Camargo, 2008).

Otras razones relacionadas con el incremento delas enfermedades crónicas no transmisibles en la población son el desarrollo de la medicina, la urbanización e industrialización, que disminuyen la actividad física, los cambios en el estilo de vida, el incremento en la ingesta de comidas rápidas y procesadas con alto contenido calórico, el mayor consumo de azúcar y sal y el de alcohol y cigarrillo. Por otra parte, las enfermedades transmisibles han disminuido gracias a los antibióticos y a las medidas preventivas de índole sanitario, incluida la vacunación, entre otras.

La etiología de las enfermedades crónicas no transmisibles no es monocausal; por el contrario, en su génesis se interrelacionan factores genéticos, biológicos, ambientales y, particularmente, condiciones psicológicas y sociales que generan conductas claramente relacionadas con las patologías. Todos estos factores etiológicos se van presentando en el proceso del ciclo vital, y en la mayoría de los casos la aparición de la enfermedad ocurre por la conjunción de todos o de algunos de ellos.

A medida que se envejece, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se incrementan en forma sostenida. De estas hacen parte las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los accidentes cerebrovasculares, la artritis y la osteoporosis, las enfermedades mentales –particularmente la depresión y demencias–, alteraciones sensoriales que incluyen la ceguera, alteraciones visuales y auditivas en general y el SIDA (Cáceres y Mendoza, 2012).

Si bien las ECNT afectan a todos los grupos socioeconómicos, pueden hacerlo en forma desproporcionada a la población con niveles educativos o ingresos más bajos, de ciertos tipos raciales y en localizaciones geográficas específicas, muchas

3 El perfil epidemiológico se entiende como la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) de una población. Para describirlo es necesario identificar las características que lo definen: mortalidad, morbilidad y calidad de vida. El estado de salud se suele medir indirectamente a partir del conjunto de problemas de salud que afectan a la población, esto es, la morbilidad, dada a su vez por la cantidad de individuos enfermos en un espacio determinado. Para hablar epidemiológicamente del perfil de morbilidad de una población, se tienen en cuenta la prevalencia (frecuencia en todos los casos –antiguos y nuevos– de una enfermedad en un momento determinado –prevalencia de punto– o durante un período definido –prevalencia de periodo–) y la incidencia (nuevos casos de una enfermedad durante un período y en áreas específicas).

veces como resultado de las desventajas sociales y la vulnerabilidad (Braveman, Kumanyika, y Fielding, 2011). Las ECNT, además, son la causa de las dos terceras partes de las muertes en el mundo; afectan de manera similar a los dos sexos –cada cual con sus particularidades–; deterioran la calidad de vida y la salud de la población; dejan como secuela severas discapacidades secundarias; producen el aumento de los costos de los servicios curativos y de rehabilitación, pues el consumo de estos se incrementa; afectan la productividad laboral y van generando incapacidades (Bauer, Briss, Goodman, y Bowman, 2014).

Una de las particularidades importantes del perfil epidemiológico es que especialmente en las personas mayores coexisten dos o más problemas de salud crónicos en un momento determinado y en el mismo individuo. Esta multimorbilidad es un desafío para los sistemas de salud y en particular para los países en vías de desarrollo. El paradigma dominante en la investigación médica, el entrenamiento y la provisión de cuidado están dirigidos a una única enfermedad; en la atención a los pacientes con multimorbilidad no hay coordinación entre el cuidado primario y el especializado, y entre el rutinario y el de urgencia. Esta falta de coordinación da como resultado un cuidado en salud inefectivo, inadecuado e inseguro, y la insatisfacción del paciente y el médico. En los pacientes geriátricos, la multimorbilidad está vinculada con la polifarmacia, la fragilidad, el uso inadecuado de los servicios de salud y la pérdida de coordinación, con consecuencias en la mortalidad, en la frecuencia de eventos adversos, en la calidad de vida y en la capacidad funcional, y además un mayor estrés frente a los sistemas de cuidado en salud. En España, por ejemplo, aproximadamente siete de cada diez individuos mayores de 65 años tienen dos o más enfermedades crónicas; alrededor del 80% presenta por lo menos un patrón de multimorbilidad y el 12 % por lo menos dos. (Abad-Díez, Larrañaga, Poncel-Falcó, Poblador-Plou, Calderón-Meza, Sicras-Mainar y Prados-Torres, 2014). La multimorbilidad es uno de los grandes retos en salud y cuidado: implica un entendimiento mucho más amplio desde lo etiológico, lo terapéutico, lo preventivo y los impactos en los resultados en salud.

Un estudio que compara los DALY's[4] en 1990, 2005 y 2010 (Murray, Vos, Lozano, Naghavi, Flaxman y Michaud, 2012, pp. 2197-2223) indica que para 1990, el 47 % del total de DALY's en el mundo se originaron en enfermedades

4 Disability Adjusted Life Year (DALY) se refiere al término médico que expresa el número de años perdidos debido a una enfermedad, una discapacidad o a una muerte temprana.

transmisibles y en desórdenes maternos, neonatales y nutricionales; el 43 % se debió a enfermedades no transmisibles y el 10 % a algún trauma. En el año 2010, la tendencia epidemiológica varió a 35 %, 54 % y 11 % respectivamente, y la primera causa de mortalidad fue la enfermedad cardiaca isquémica, que había tenido el cuarto lugar en 1990. Su incidencia se incrementó en un 29%. A la enfermedad cardiaca isquémica le siguieron las enfermedades infecciosas respiratorias (primera en 1990 y con una caída del 44 % en DALY's), el accidente cerebrovascular (quinto en 1990 y con un 19 % de aumento); enfermedad diarreica (segundo en 1990 y con un 51 % de disminución) y VIH/SIDA (puesto 33 en 1990 y un incremento del 351 %). El desorden depresivo mayor pasó del puesto 15 al 11 (37 % de aumento) y el trauma en carretera del puesto número 12 al 10 (con un incremento del 34 %). El estudio se hizo en 189 países clasificados en 21 regiones entre las que existe una gran variación en los resultados.

De acuerdo con un estudio que hizo la OMS en 46 países de la región subsahariana con 7.02 millones de pacientes, la pérdida económica a causa de la diabetes fue de 25 billones de dólares (USD25.51 billones), que en el año 2000 representaban el 7.6 % del PIB. En los países con un ingreso nacional bruto superior a USD 8.000, entre 2.000 y 8.000 y de menos de 2.000, el costo por paciente diabético fue, respectivamente, de USD 11.431, 60, 4.770, 60 y 2.144, 30 (Kirigia, Sambo, Sambo y Barry, 2009, p .6).

El reporte "A Race Against Time" señala que en Brasil, India, China, Suráfrica y México se perderán al menos 21 millones de años anuales de vida productiva futura como consecuencia de las enfermedades cardiovasculares (Leeder, Raymond y Greenberg, 2004). Y según otros estudios, el incremento del 10 % en las muertes por enfermedades crónicas no transmisibles está relacionado con una reducción del 0.5 % anual en el crecimiento económico (Beagelehole, Bonita y Horton, 2011, pp. 1438-1447).

En la mayoría de países de América Latina y el Caribe ha habido importantes transformaciones en salud, similares a las que se presentaron hace varios años en Europa y principalmente en Asia. Entre esas transformaciones se destaca el aumento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Mientras que en 1985, por cada diez muertes relacionadas con una enfermedad transmisible se daban quince por enfermedades crónicas no transmisibles, para el año 2015 se prevé que por cada diez defunciones por causas infecciosas se darán 75 muertes por causas no transmisibles (Schroeder, 2000).

Recuadro 1

¿Qué sabemos sobre el impacto de las acciones de promoción y la prevención sobre el envejecimiento?

A la par con el proceso de envejecimiento mundial, se incrementa la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Es necesario definir estrategias que permitan un envejecimiento saludable y activo, y que contribuyan a la independencia de las personas mayores. Si hay medidas preventivas, la incidencia y prevalencia de estas patologías disminuye, así como los costos humanos y sociales. Esos recursos que se ahorrarían bien podrían cubrir otras necesidades –los problemas de salud de otros grupos de edad, por ejemplo– y contribuirían a la reducción de la morbimortalidad y de la probabilidad de que se presente una enfermedad que genere una discapacidad en estos grupos etarios (OMS, 2002).

Varias investigaciones señalan que enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y las cardiovasculares, entre otras, se gestan desde la infancia, incluso desde la preconcepción, y que si bien el riesgo de que se presenten obedece a diversos factores socioeconómicos, está vinculado también a la exposición al tabaco, a la inactividad física, la dieta, el estrés y otros que van cobrando mayor presencia durante el proceso de envejecimiento y se hacen evidentes en la vejez. Es importante que se favorezcan acciones que prevengan la aparición de estas patologías desde los primeros años de vida (Azizi, Ghanbarian, Momenan, Hadaegh, Mirmiran, Hedayati, y Zahedi-Asl, 2009; Puska, 2002).

Está demostrado que las acciones en salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, más allá de los propios sistemas de salud, mejoran los resultados en salud de la población y se convierten en un complemento fundamental de sus indicadores (Dauben, Førde, Loud, Isacsson, Paccaud, Sánchez y Steiger, 2002).

Está probado que la actividad física regular tiene el potencial de cambiar la manera en que se envejece y de disminuir los riesgos de morbimortalidad (Adams-Fryatt, 2010). También el cambio de los hábitos alimenticios puede detener o revertir la capacidad funcional del proceso de envejecimiento,

afecta positivamente el funcionamiento musculoesquelético y cardiovascular y previene la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles (Topp, Fahlman y Boardley, 2004). Estas dos acciones promocionales favorecen a su vez la movilidad, clave para un envejecimiento saludable (Satariano, Guralnik, Jackson, Marottoli, Phelan y Prohaska, 2012).

Es claro que el manejo integrado (Beagelehole, Epping-Jordan, Pattel, Chopra, Ebrahim y Kidd, 2008; Sanders, Packer, Schaay y Labonte, 2014) en torno a la prevención, la detección temprana de factores de riesgo, la identificación pronta de enfermedades crónicas y la búsqueda de casos de alto riesgo, junto a la intervención farmacológica y psicosocial, son las acciones que se deben adelantar desde el cuidado primario en salud. Estas medidas se deben acompañar de modelos de atención que se apoyen en el seguimiento a largo plazo con controles regulares,de la promoción dirigida a la adherencia al tratamiento y de políticas públicas que fortalezcan ese cuidado primario en salud.

5.2.3. Metodología

Colombia aún no cuenta con un perfil epidemiológico completo, y en general son pocos los países que lo tienen (esto se debe a las exigencias de información) (Gaimard, 2014). No obstante, el país ha desarrollado diversas encuestas y evaluaciones que dan cuenta de los cambios del perfil de morbilidad de la población, en los que se evidencia una clara heterogeneidad entre regiones, relacionada particularmente con el proceso de envejecimiento poblacional. La caracterización de la morbilidad colombiana, según causas diagnósticas, género, edad y tipo de atención recibida, se puede evaluar a partirde los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.

Con el fin de aproximarse al perfil de morbimortalidad de la población mayor, se presentan las estadísticas descriptivas de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) del 2012, la base de Defunciones No Fetales y de estudios basados en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)[5]. Se presentan las diferencias de incidencia de cargas de enfermedades por sexo y área. Se optó por

5 Los RIPS registran todas las prestaciones que se han brindado en el país. Contienen información individual y registran causas diagnósticas, género, edad, tipo de atención recibida, entre otros.

la información de la ELPS, por tratarse de una encuesta longitudinal especialmente diseñada para capturar los cambios en el ciclo de vida de las personas, y porque, además de ser la más reciente, pregunta por afiliación, uso y acceso y por el estado de salud y hábitos saludables –la Encuesta de Calidad de Vida, en cambio, no hace preguntas sobre hábitos saludables, y la Encuesta Nacional de Salud es del 2007–. Para el perfil de mortalidad se utilizó la base de datos de defunciones del DANE y la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-20 (el detalle del uso de las bases de datos se puede ver en el capítulo de metodología).

5.2.4. Resultados

5.2.4.1. Morbilidad

5.2.4.1.1. Morbilidad por principales causas de consulta según los RIPS

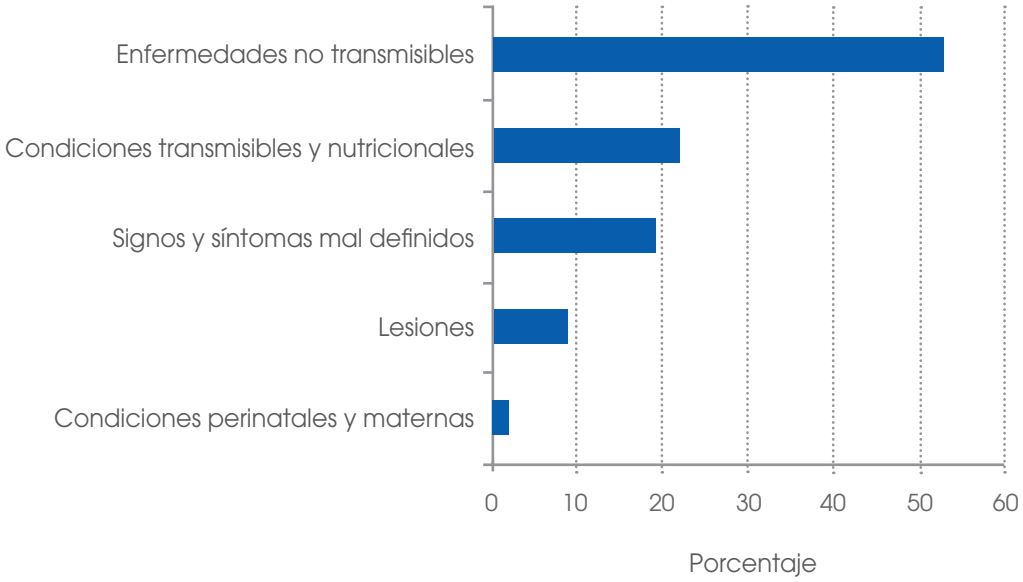
Este estudio parte de la información de las encuestas de hogares. La Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012 (ELPS, 2012) ofrece datos de afiliación a la seguridad social y la prevalencia de once enfermedades crónicas. Con base en esta información se puede hacer una primera caracterización de la salud de la población y de otras variables de interés[6].

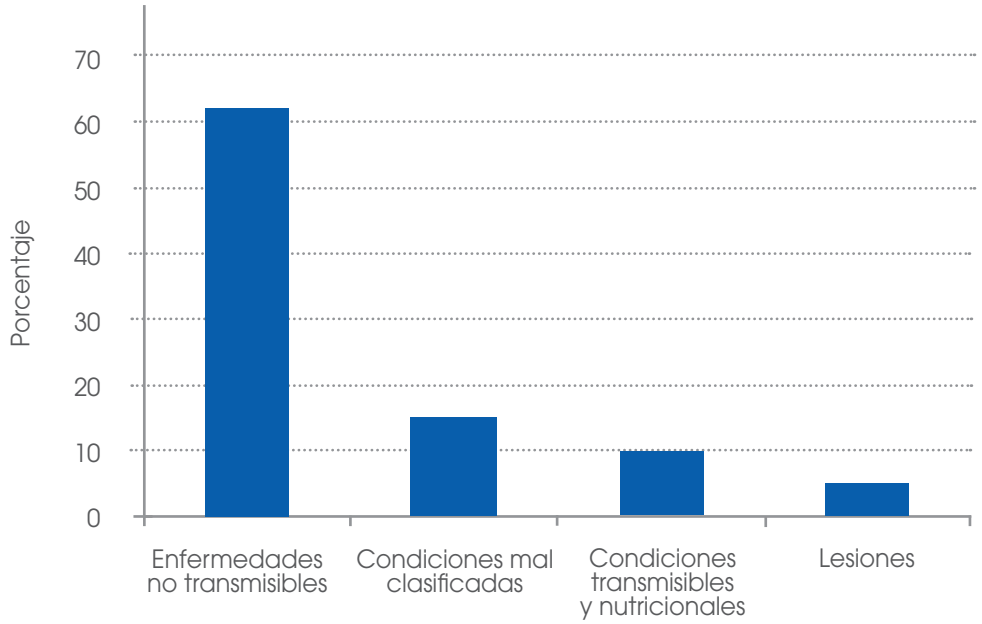
Otros estudios parten de la información que ofrecen los RIPS. Jaimes y Moreno (2013) analizan la situación de la salud en el período 2005-2011, junto con algunos datos disponibles para el 2012. Si bien no presentan un perfil de morbilidad completo desagregado, sí estudian las principales causas de solicitud de servicios, presentan estadísticas sobre las causas de atención, así como la proporción de atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el total nacional para el año 2012 (Figura 1).

6 Todas las estadísticas descriptivas que se presentan en este documento y que provienen de la ELPS 2012, están ajustadas por los respectivos factores de expansión.

Figura 1

Atención de la población total (arriba) y mayor de 60 años (abajo) por grandes causas





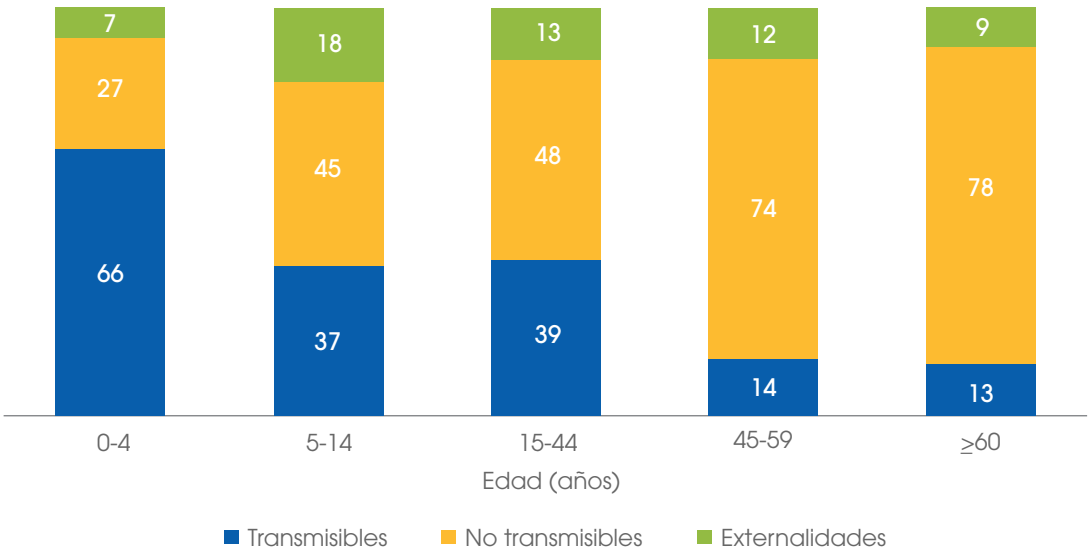
Fuente: Jaimes y Moreno (2013).

Las enfermedades crónicas no transmisibles responden por la mayor carga de enfermedad de las personas de 60 años o más, y explican el 65 % de la atención. El 20 % de las causas se clasifican como síntomas y signos mal definidos, o como condiciones mal clasificadas (Figura 1 para el total nacional en el 2012), lo que da cuenta de las fallas de registro de los RIPS. Este subregistro, además, es más notorio en el régimen subsidiado y en los municipios con mayores niveles de pobreza. Aunque estas falencias de clasificación pueden no ser problemáticas para el análisis del perfil de morbilidad por rangos de edad si no están concentradas en algunas edades, enfermedades, atenciones o grupos poblacionales, sí son un problema a la hora de analizar la morbilidad según el grado de ruralidad. En consecuencia, es necesario ajustar la interpretación de los resultados.

Bernal, Forero, Villamil y Pino (2012) también parten de los RIPS para estimar el perfil epidemiológico de la población. Según ellos, el 78 % de la morbilidad en la población de 60 años o más corresponde a enfermedades crónicas no transmisibles, en contraste con el 48 % en las personas entre 15 y 44 años (Figura 2).

Figura 2

Perfil de morbilidad por edad 2005-2008



Fuente: Bernal et al. (2012).

Al comparar los perfiles de morbilidad de Bernal et al. (2012) para la población mayor de 60 años con los de Jaimes y Moreno (2013), aparecen diferencias importantes en las estimaciones. Bernal et al. (2012) usan los RIPS desde el año 2008, y es posible que su calidad en los primeros años sea buena y que el subregistro sea mayor. La ELPS 2012 ofrece un marco de comparación importante con la información de los RIPS, pues es representativa de la población nacional y la calidad de la información es alta.

5.2.4.1.2. Incidencia de enfermedades crónicas autorreportadas según la ELPS

La prevalencia de las enfermedades crónicas aumenta con la edad y revisten particular importancia por su impacto en la mortalidad, en los años de vida saludable que se pierden y en los costos de atención en salud. El estudio de carga de enfermedad del Cendex estimó que el 76% de los años de vida perdidos por discapacidad se debe a enfermedades crónicas. En contraste, se estima que el 80 % de los factores de riesgo en todos los casos de enfermedad isquémica, accidente cerebrovascular, diabetes tipo 2 y en el 40 % de los casos de cáncer se puede prevenir (Latorre y Barbosa, 2012).

La ELPS permite analizar la incidencia de once enfermedades, todas ellas crónicas[7]:

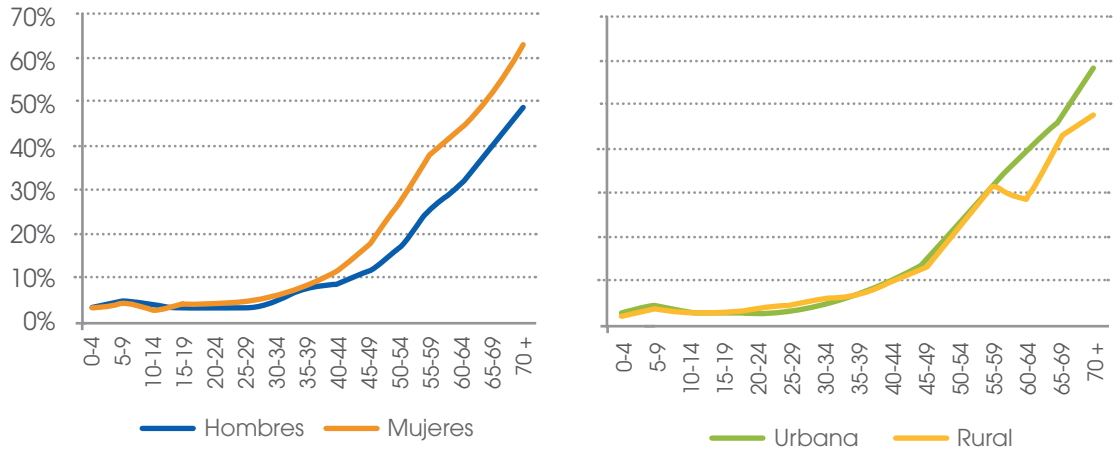
1. Asma, enfisema o EPOC
2. Depresión
3. Diabetes
4. Hipertensión o presión alta
5. Problemas cardiacos
6. Cáncer
7. Artritis o artrosis
8. Enfermedad renal
9. Problema cerebrovascular (apoplejía, derrame cerebral, isquemia cerebral)
10. Enfermedad mental
11. VIH/SIDA

7 En adelante, este estudio obvia los datos de VIH/SIDA y de enfermedad mental. En el primer caso, por tratarse de una enfermedad de transmisión, y en el segundo porque la base de incidencias no tiene representatividad nacional (la mayoría de los grupos etarios no reportan ningún caso).

La ELPS permite aproximarse al estado de salud de los colombianos de dos formas complementarias. En primera medida, se puede construir el porcentaje de personas por grupo etario que reportan haber sido diagnosticadas con al menos una de las enfermedades crónicas citadas arriba. Esta medición se presenta en la Figura 3, discriminada por sexo y área de residencia. En la gráfica se observa claramente cómo la incidencia de estas enfermedades aumenta conforme lo hace la edad. En general, si bien las mujeres tienen una esperanza de vida mayor, tienden a sufrir cargas de morbilidad más altas (Jaimes y Moreno, 2013). Esta brecha entre hombres y mujeres se amplía con la edad y llega a su punto más alto en el grupo de individuos de más de 80 años, en el que el porcentaje de mujeres que reporta sufrir estas enfermedades es del 69.9 %, mientras que en los hombres es del 51.6 %, una diferencia de cerca de 18 puntos porcentuales.

Figura 3

Porcentaje de personas que reporta enfermedades crónicas por grupo etario



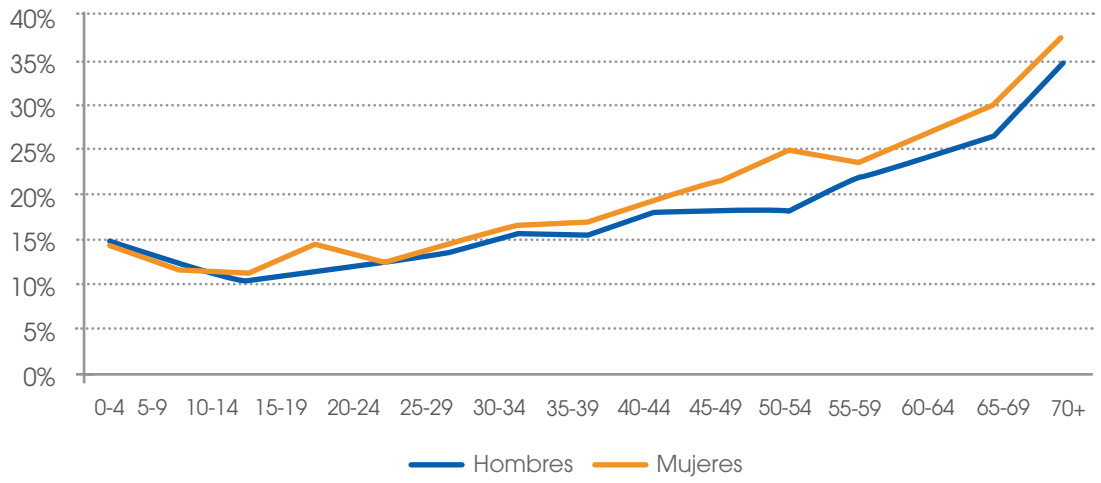
Fuente: Elaboración propia a partir de laELPS 2012.

La Figura 4 presenta el porcentaje de la población por grupo etario que reporta haber sufrido una enfermedad, accidente, problema odontológico o complicación de salud en los últimos docemeses, diferenciando por sexo. De nuevo

se observa una tendencia creciente con la edad, y además se evidencia que, si bien las diferencias entre los dos sexos no son tan marcadas como en la medición del estado de salud por reporte de las nueve enfermedades que contempla la ELPS, las mujeres registran, más que los hombres, y en prácticamente todos los grupos etarios, haber tenido una enfermedad, accidente o problema odontológico.

Figura 4

Porcentaje de personas por grupo etario que reporta haber sufrido enfermedad, accidente, problema odontológico o complicación de salud en el último año.

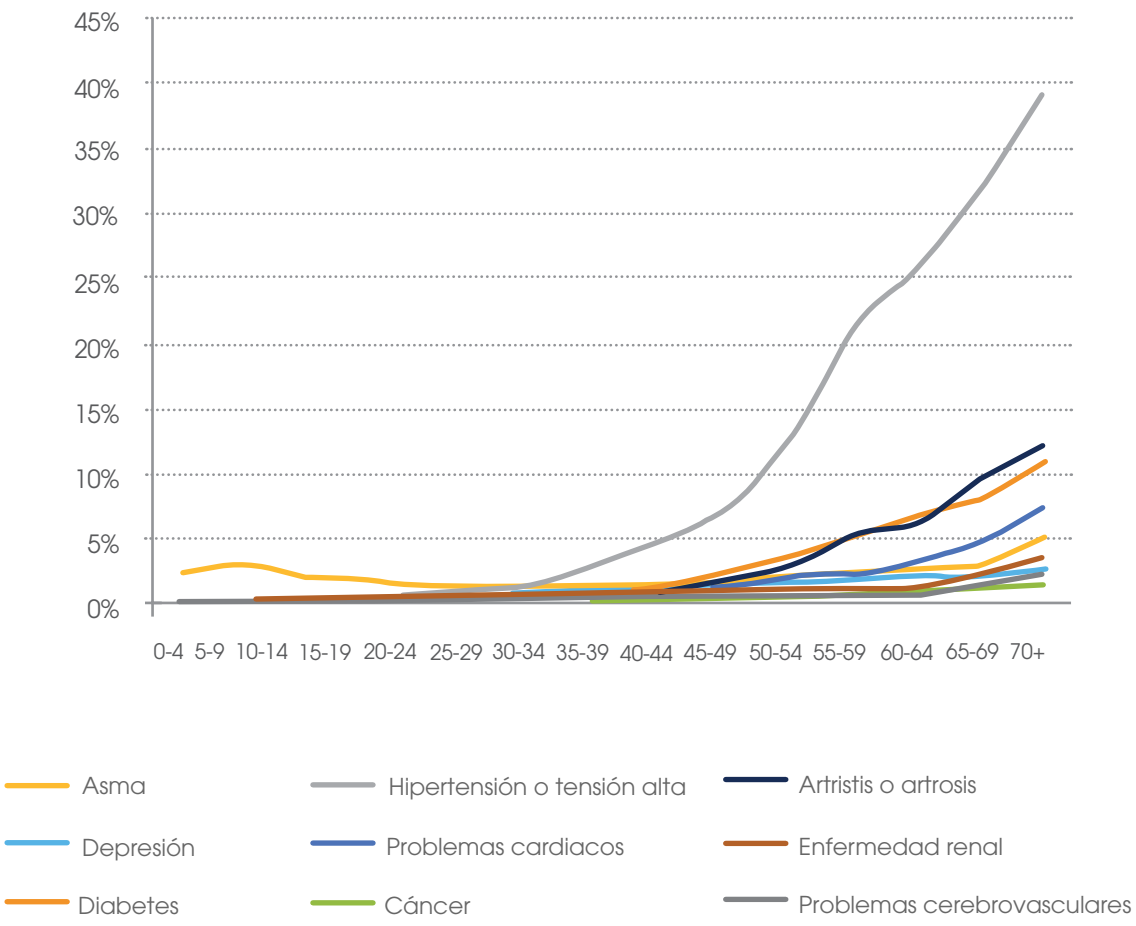


Fuente: Elaboración propia a partir de laELPS 2012.

La Figura 5 presenta el porcentaje de personas que reportan haber sido diagnosticadas con alguna de las enfermedades crónicas de la ELPS. Es importante anotar que la prevalencia puede ser mayor, porque esta pregunta indaga por diagnóstico. La hipertensión arterial es la enfermedad que más afecta a la población mayor (Figura 5). El aumento en la prevalencia entre las personas de 40 a 44 años y de más de 80 es de 39 puntos porcentuales: pasa del 5.1 % al 44.1 %. Esto quiere decir que la probabilidad de que las personas mayores de 70 años sufran hipertensión arterial es cerca de nueve veces más que la de quienes están entre los 40 y los 45 años. Este dato es de particular importancia, pues la hipertensión arterial puede ser diagnosticada a tiempo y sus complicaciones y comorbilidades se pueden prevenir con un buen tratamiento y controles periódicos.

Figura 5

Porcentaje de personas que reportan haber sido diagnosticadas con las enfermedades enumeradas por grupo etario.

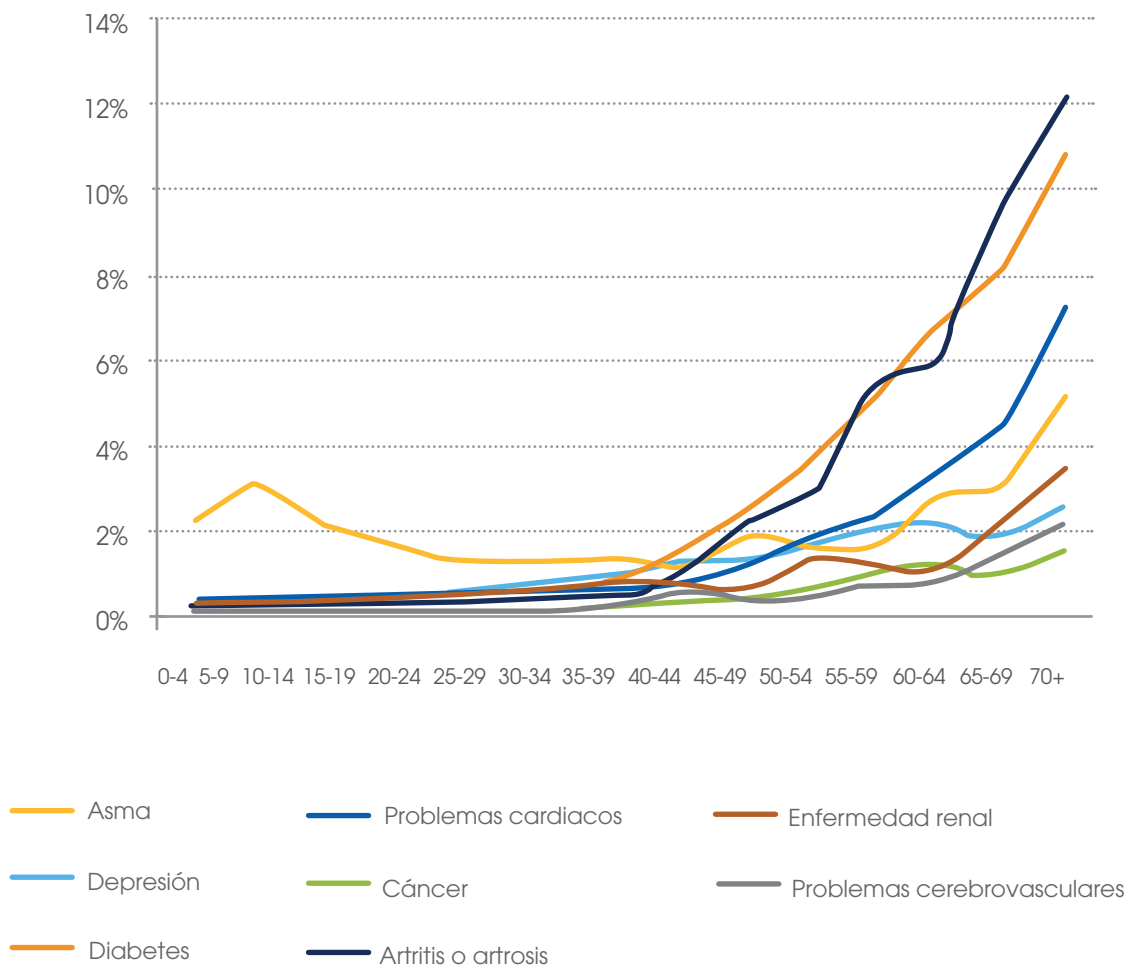


Fuente: Elaboración propia a partir de laELPS 2012.

La Figura 6 presenta el comportamiento del conjunto de enfermedades reportadas en la ELPS, excluyendo la hipertensión. En este subconjunto de condiciones se destaca el crecimiento acelerado de la artritis y artrosis, la diabetes y los problemas cardiacos conforme se envejece.

Figura 6

Porcentaje de personas que reportan haber sido diagnosticadas con las enfermedades de la lista.



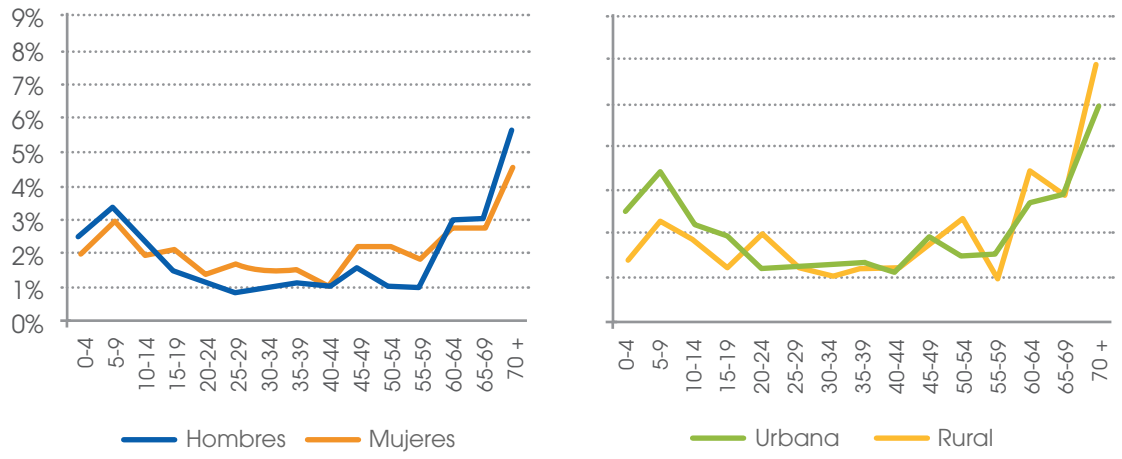
Fuente: Elaboración propia a partir de laELPS 2012.

Vale la pena considerar el comportamiento de estas enfermedades crónicas conforme avanza el proceso de envejecimiento, tanto por sexo como por área de residencia. La Figura 7 y Figura 8 ilustran ese comportamiento[8]. La mayor incidencia de enfermedades crónicas en las mujeres de 60 años o más se explica por la mayor presencia de diabetes mellitus, hipertensión, artritis y depresión. También parece crecer la brecha en la prevalencia de enfermedades crónicas entre las zonas rurales y las urbanas conforme avanza la edad para la diabetes, los problemas cardiacos y las enfermedades renales, lo que probablemente obedezca al estrés de las ciudades, a la inactividad física y a hábitos alimenticios poco saludables, característicos de las zonas urbanas. Sin embargo, las diferencias entre las áreas rurales y las urbanas tienen otras posibles explicaciones: una de ellas es un error de medición y un posible subdiagnóstico de las enfermedades en las áreas rurales. Este puede obedecer al acceso limitado a los servicios de salud, y al diferente uso que de estos servicios hace la población urbana y la rural. Otra explicación posible es el sesgo de la autoselección: es probable que el mayor registro de enfermedades crónicas en las áreas urbanas frente a las rurales obedezca a que los pacientes crónicos del campo podrían estar migrando hacia las ciudades para recibir una mejor atención médica. Es decir, que solo a partir de estas diferencias entre áreas en la incidencia de enfermedades no se puede concluir la dirección de la causalidad de un factor al otro.

8 Del listado de las once enfermedades se excluye el VIH/SIDA por su muy baja incidencia en la población mayor. También el diagnóstico de enfermedad mental, pues de los 17 grupos etarios solo se registran casos en cuatro de ellos, y no parece mostrar un cuadro representativo nacional. En todas las encuestas, la prevalencia de la enfermedad mental es muy baja. Esto puede obedecer al estigma asociado a esta enfermedad, que hace que los hogares no la reporten, pero también al hecho de que esta es más frecuente en la población entre los 14 y los 59 años. En el estudio de Cendex de carga de enfermedad del 2005, el trastorno mental no aparecía entre las primeras causas de años de vida perdidos entre los mayores de 60 años, pero sí estaba entre las primeras cinco causas en otros rangos de edad.
También se decidió excluir del informe el diagnóstico de depresión: según el reporte de la ELPS 2012, la incidencia en las personas mayores es cercana al 1.5 % en los hombres y al 3.2 % en las mujeres. Estos resultados contrastan significativamente con los del Estudio Nacional de Salud Mental y con los que se obtienen a partir de los RIPS, que reportan prevalencias muy superiores.

Figura 7

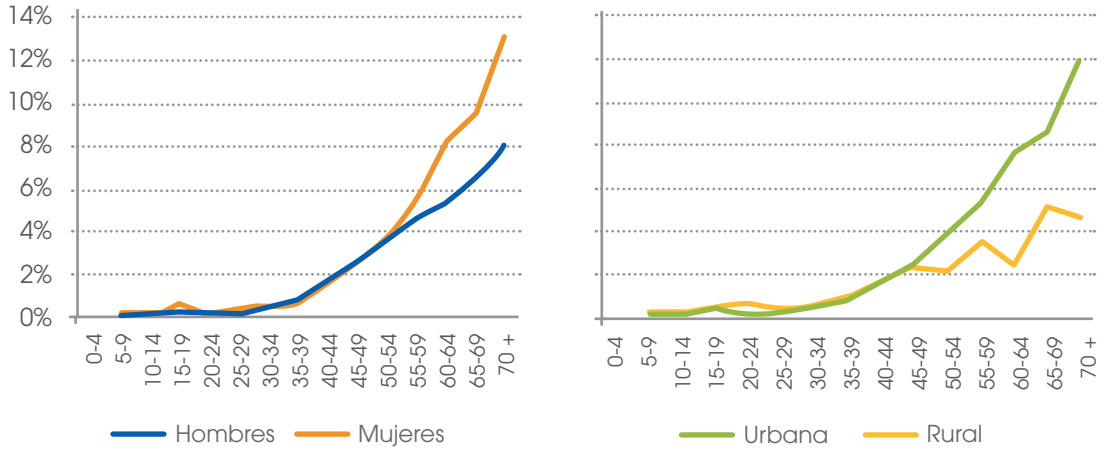
Porcentaje de personas por grupo etario que reportan haber sido diagnosticadas con asma, enfisema o EPOC, según sexo y área.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

Figura 8

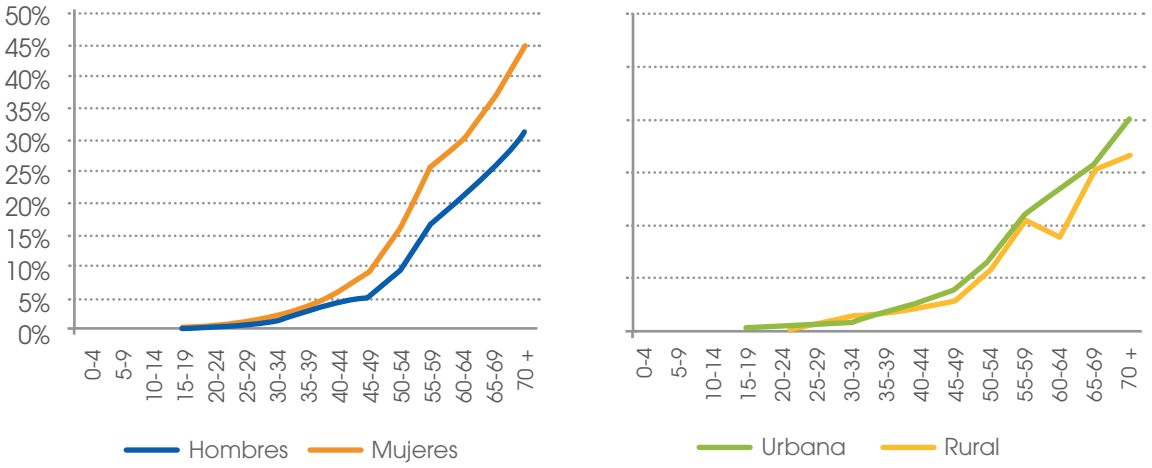
Porcentaje de personas por grupo etario que reportan haber sido diagnosticadas con diabetes, según sexo y área.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

Figura 9

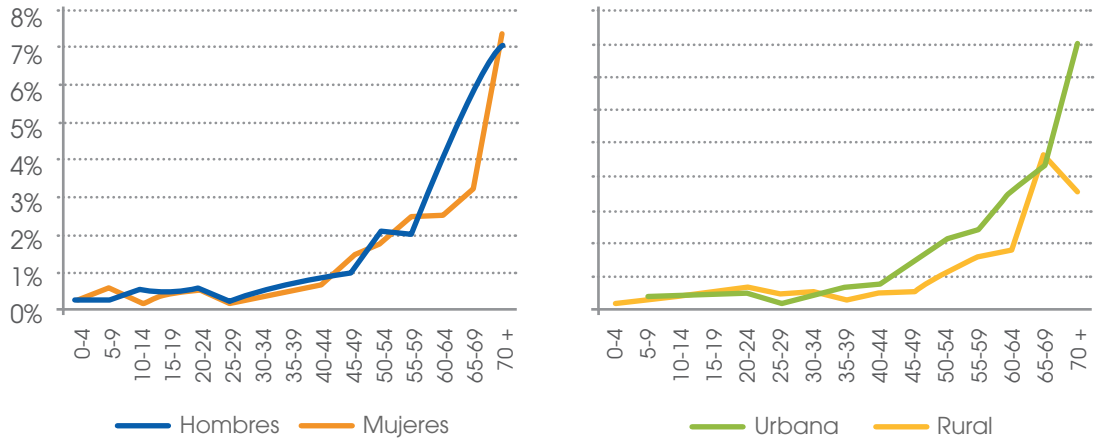
Porcentaje de personas por grupo etario que reportan haber sido diagnosticadas con hipertensión o tensión alta, según sexo y área.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

Figura 10

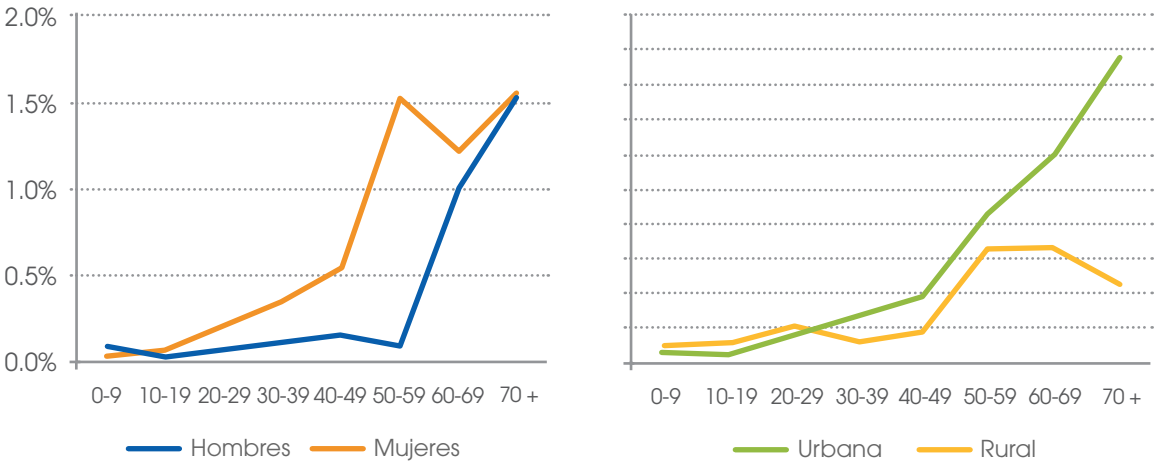
Porcentaje de personas por grupo etario que reportan haber sido diagnosticadas con problemas cardiacos, según sexo y área.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

Figura 11

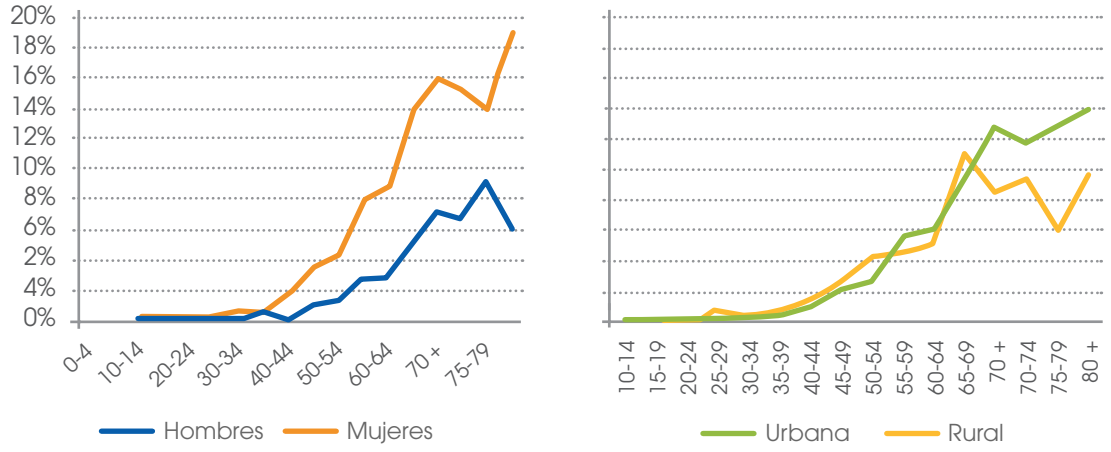
Porcentaje de personas por grupo etario que reportan haber sido diagnosticadas con cáncer, según sexo y área.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

Figura 12

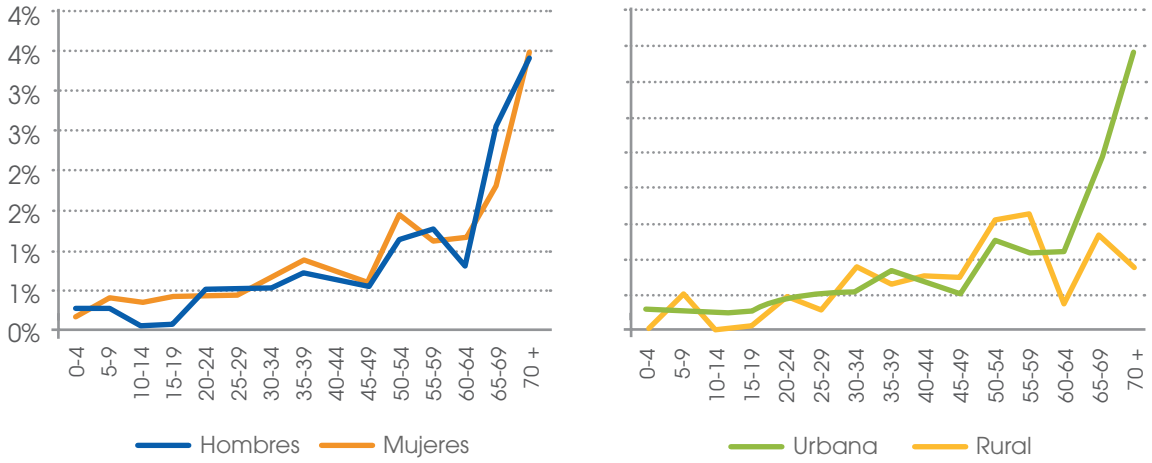
Porcentaje de personas por grupo etario que reportan haber sido diagnosticadas con artritis o artrosis, según sexo y área.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

Figura 13

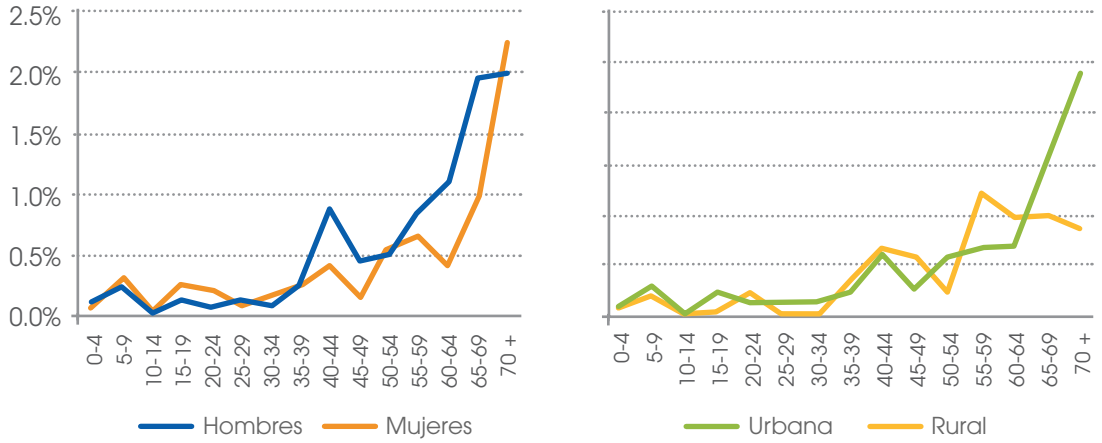
Porcentaje de personas por grupo etario que reportan haber sido diagnosticadas con enfermedad renal, según sexo y área.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

Figura 14

Porcentaje de personas por grupo etario que reportan haber sido diagnosticadas con problemas cerebrovasculares (apoplejía, derrame cerebral, isquemia cerebral), por sexo y área.



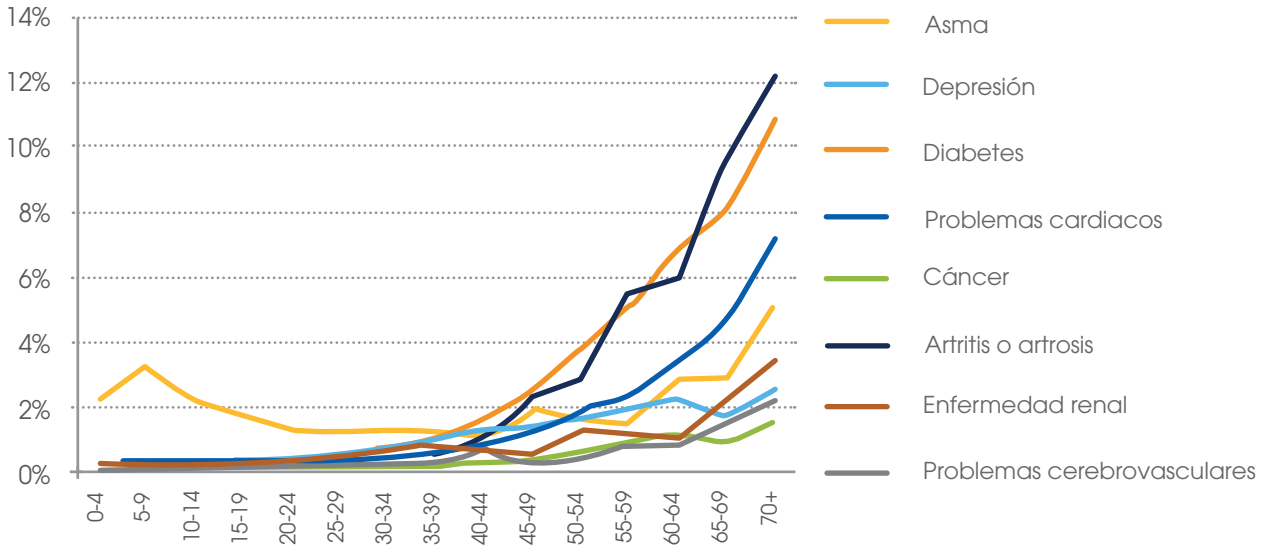
Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

5.2.4.2. Mortalidad

El número de defunciones no natales disminuyó en los rangos de edad entre 0 y 54 años desde el 2005 al 2012. Sin embargo, la proporción de defunciones, en ese mismo período, prácticamente no varió (Figura 15). De hecho, el cambio que se observa son unas leves disminuciones en las tasas de mortalidad de todos los grupos etarios.

Figura 15

Tasa de mortalidad bruta por grupo etario en el 2012



Fuente: Cálculos propios con base en los datos de mortalidad del DANE dispuestos en el CUBO EEVV-SISPRO del Ministerio de Salud.

La Figura 15 evidencia cómo las tasas de mortalidad aumentan conforme lo hace la edad. Las Figura 16 y Figura 17[9] muestran la desagregación por causas.

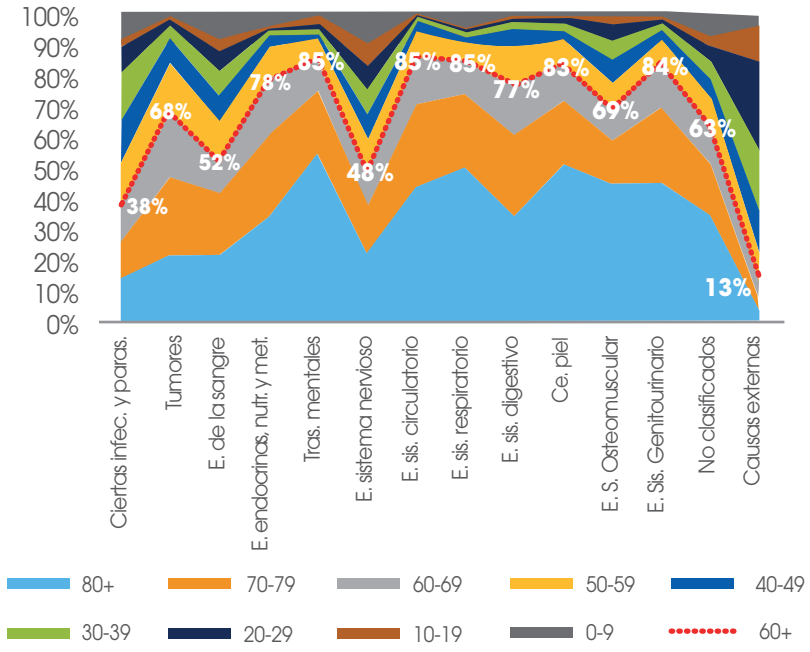
La Figura 16 presenta la desagregación por grupo etario de los principales diagnósticos como causa primera de muerte para el año 2012. La línea roja punteada y sus valores presentan la participación de la población de 60 años o más en las

9 Ambas gráficas excluyen los capítulos 7, 8, 15, 16 y 17. Esto puede obedecer a que los casos reportados son pocos (7 y 8), o a que se trate de cuadros que afectan principalmente a grupos etarios muy jóvenes (15, 16 y 17). También se eliminan del reporte los pocos casos catalogados como Grupo Etario No Reportado.

defunciones totales como proporción de todas las defunciones catalogadas en ese capítulo de diagnóstico. Así pues, los siguientes cuadros de diagnóstico de defunción (por causa básica) están compuestos en más del 50% por personas de 60 años o más: trastornos mentales (85.2 %), enfermedades del sistema circulatorio (85.1 %), del sistema respiratorio (84.5 %), del sistema genitourinario (83.7 %), enfermedades de la piel (83.3 %), del sistema osteomuscular (68.6 %), tumores (68.1 %) y enfermedades de la sangre (52.1 %)[10]. Dentro de estos grupos se encuentra la mayoría de las enfermedades crónicas, por lo que no sorprende que la proporción de personas de 60 años o más se reduzca considerablemente en los demás cuadros de diagnóstico de causa de muerte: enfermedades del sistema nervioso (48.4 %), ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (37.5 %) y causas externas (13.2 %).

Figura 16

Participación de cada grupo etario por diagnóstico de defunción en el 2012



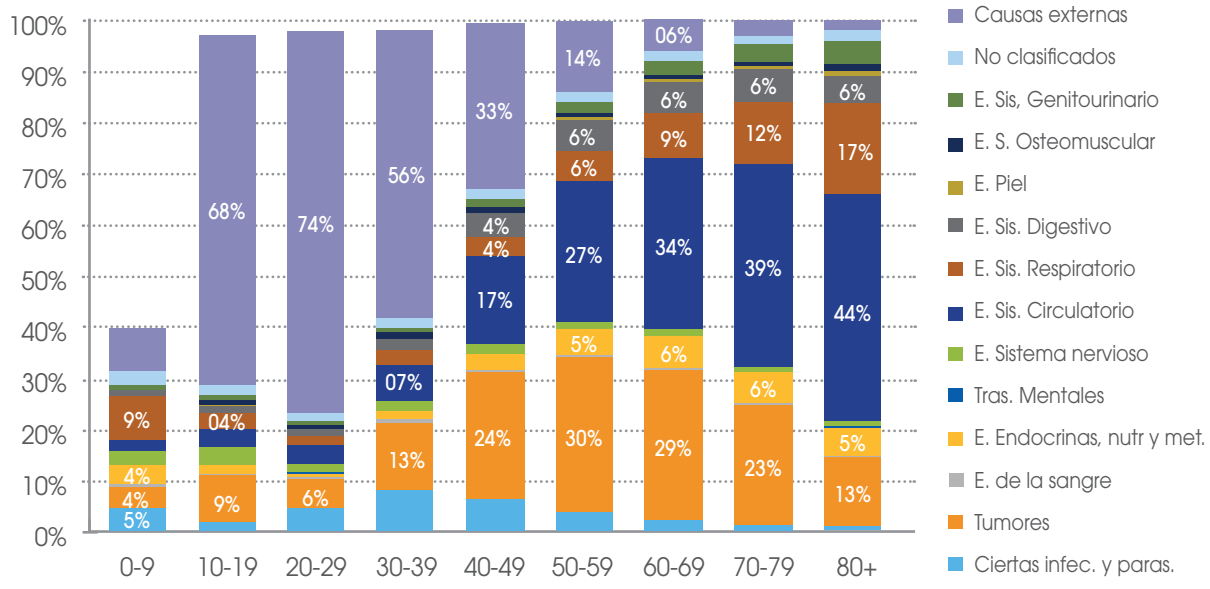
Fuente: Cálculos propios con base en los datos de mortalidad del DANE dispuestos en el CUBO EEVV-SISPRO del Ministerio de Salud.

10 Por causa básica de la defunción se entiende: enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o del hecho de violencia que produjeron la lesión fatal. Por causa directa de muerte se entiende el mecanismo o el estado fisiopatológico que produjo la muerte. Se pone en el numeral a) del certificado de defunción del DANE. Opciones de causas directas: choque hipovolémico, choque cardiogénico, choque séptico, choque traumático, choque anafiláctico, anoxia anóxica (edema pulmonar, por ejemplo), anoxia por estancamiento (ICC, insuficiencia cardiaca congestiva, por ejemplo), anoxia mecánica (ahorcamiento), anoxia histotóxica (intoxicación por cianuro, por ejemplo), laceración encefálica, hipertensión endocraneana, falla orgánica multisistémica, desequilibrio hidroelectrolítico (fuente: http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/definiciondeterminos.pdf).

La Figura 16 ilustra la distribución de muertes por causa y rango de edad, pero no identifica las principales causas de mortalidad en cada rango. La Figura 17 muestra las siete principales causas de mortalidad por grupo etario[11]. Lo primero que salta a la vista, pero que cabía esperar, es que las causas externas –accidentes y homicidios, fundamentalmente – disminuyen considerablemente conforme la población envejece. Mientras que las causas externas representan el 67.8 % del diagnóstico de muerte entre las personas entre 10 a19 años, en las personas de 60 a 69 años el porcentaje es apenas del 6.1 %, con una caída del 91 % en su incidencia de muerte. Ocurre lo contrario con los cuadros de diagnóstico de defunción relacionados con las enfermedades crónicas. Las enfermedades del sistema circulatorio como causantes de muerte son las que más aumentan en la población según avanza su edad: pasan del 7 % en las personas entre 30 y 39 años, al 44 % en los mayores de 80. La mortalidad por cáncer aumenta con la edad de los individuos hasta los 60 años, y luego se reduce.

Figura 17

Siete principales diagnósticos de defunción por grupo etario en el 2012



Fuente: Cálculos propios con base en los datos de mortalidad del DANE dispuestos en el CUBO EEVV-SISPRO del Ministerio de Salud.

11 No en todos los grupos etarios las causas de defunción suman un 100 % debido a la exclusión de ciertos capítulos de diagnóstico. Vale la pena destacar el caso del grupo entre 0 y 9 años, pues la mayoría de las defunciones se registran en los capítulos 15, 16 y 17.

Vale la pena ahondar en estas causas de muerte, particularmente en las de los adultos mayores. Las categorías de diagnóstico de muerte aparecen más desagregadas para las personas mayores de 65 años por sexo (Tabla 1). La alta prevalencia de enfermedades crónicas en las edades avanzadas es evidente. En orden de importancia, las diez principales causas de muerte de las personas mayores son (en el Anexo 5 se desagregan por sexo):

Tabla 1.
Principales diagnósticos de defunción por grupo etario en el 2012.

Diagnóstico de muerte	Porcentaje de la incidencia en los mayores de 65 años
Enfermedades isquémicas del corazón	21.31 %
Enfermedades cerebrovasculares	9.03 %
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	8.88 %
Enfermedades hipertensivas	5.00 %
Diabetes mellitus	4.21 %
Infecciones respiratorias agudas	4.18 %
Otras enfermedades del sistema digestivo	3.79 %
Enfermedades del sistema urinario	3.58 %
Residuo de tumores malignos	2.56 %
Enfermedades cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	2.41 %

Fuente: Cálculos propios con base en los datos de mortalidad del DANE dispuestos en el CUBO EEVV-SISPRO del Ministerio de Salud.

5.2.5. Percepción del estado de salud

El estudio cualitativo se centró en el discurso de los participantes de los grupos focales, en las entrevistas a profundidad y en los diarios de campo de los investigadores. La categoría "percepción del estado de salud" fue definida en las categorías iniciales y fue la base de las preguntas que se formularon en los grupos focales. La "percepción del estado de salud" se entiende como una evaluación subjetiva del individuo frente a un concepto particular y amplio de salud, como un estado de bienestar integral, no meramente limitado a las alteraciones de tipo fisiológico o clínico. En el proceso de análisis se establecieron cinco subcategorías dentro de esta categoría. Estas no implican en sí mismas posiciones positivas o negativas, sino percepciones amplias sobre cómo se sentían los participantes de los grupos focales en términos de su salud. Las subcategorías fueron dadas por la frecuencia con la que aparecían en el discurso:

- **Bienestar en salud,** entendido como el estado vital de una persona, y caracterizado por la sensación de estar satisfecho con la propia vida, de experimentar continuamente emociones positivas y disfrutar de una salud física y psíquica ajustada a las propias expectativas. En esta categoría se tuvieron en cuenta las expresiones que aludían a sentirse bien de salud.
- **Expectativas de bienestar en salud,** entendidas como la posibilidad de sentirse bien de salud.
- **Complicaciones de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.** Esta subcategoría contempla todas las referencias a las dificultades y problemas relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles.
- **Fe relacionada con la salud.** Entre los hallazgos de mayor frecuencia está la preponderancia que le dan los participantes de los grupos focales a la creencia en Dios y a la relación entre la fe y el estar bien de salud.
- **Quejas somáticas:** Esta categoría incluye las referencias a las quejas o a la preocupación con respecto a su salud.

La percepción de bienestar en salud es una referencia más frecuente en los hombres, sin diferencias entre las zonas rurales y urbanas, y tiene un vínculo

directo con la fe y la presencia de Dios como elementos definitorios de la aparición o no de una enfermedad, así como de la posibilidad o no de enfermarse. La enfermedad se ve como algo preocupante que se "debe evitar", pero no hay una clara relación entre las acciones preventivas y el bienestar. Varias afirmaciones de los entrevistados así lo evidencian:

Yo me siento muy bien, gracias a Dios, porque lo primero que hago de mañanita es pedirle a mi Dios que no me enferme, que me deje mis manitos, mi vista… No veo las letras, pero sirvo para hacer todo. Gracias a Dios estoy bien de salud.

(Mixto, 40 a 60 años, Ayapel)

Hay también referencias claves al estar bien y a las expectativas de bienestar más allá de la presencia o no de la enfermedad, a la posibilidad de mantenerse activos y laboralmente productivos. Es decir que la percepción de bienestar y las expectativas frente a este se relacionan directamente con la capacidad de trabajo.

Me la paso muy enferma, pero me considero sana, porque es que yo siempre soy una mujer alegre. A veces me deprimo por algo, pero entonces miro a mis alrededores y miro hacia atrás y ya... Yo estoy mejor que... y ya eso es algo. Eso me llena, porque yo digo no, pues yo estoy sana.

(Altos ingresos, Montería)

No hay claridad frente a acciones preventivas, y mucho menos frente a la posibilidad temprana de detectar enfermedades prevalentes en el envejecimiento, a pesar de que conocen la existencia de estas patologías. De hecho, acudir a los

servicios de salud, y más específicamente, al médico, se asocia directamente con la presencia de una enfermedad o con la necesidad de seguir un tratamiento farmacológico. Varios entrevistados se refirieron a estas afecciones como normales para la edad, o aseguraron no tenerlas (sin haber acudido a un médico para diagnóstico).

Las quejas somáticas y las complicaciones asociadas a las enfermedades crónicas no transmisibles son referencias presentes en los discursos no solo de las personas mayores de 60 años, sino con frecuencia en las del grupo de 40 a 60 años. Es importante anotar que las personas mayores víctimas del conflicto armado, particularmente las que habitan en las áreas urbanas, aluden a múltiples dificultades en salud. Las quejas somáticas son más comunes entre quienes comentan sobre la presencia de multimorbilidades; estas quejas se acompañan de alusiones al uso frecuente de los servicios de salud, en muchas ocasiones a las limitaciones de acceso y a la percepción de no respuesta de los procesos terapéuticos. No se encuentra una expectativa de prevención secundaria frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, más allá de la toma de medicamentos y de la consulta médica, hacia las cuales algunos de los entrevistados se muestran muy escépticos.

Soy diabética, pero de hipertensión y colesterol, nada. Pero la diabetes me pone muy mal.

(Mujer, vícitma, Montería)

Yo tengo diabetes. Al principio, cuando me dio, le pregunté a Dios por qué. Eso fue por el estrés, porque construí una casa, me endeudé, y entonces me dio esto. Pero no es una enfermedad grave; uno la puede controlar. Y así la vida, gracias a Dios, porque yo tengo para un cáncer, pero esto es manejable. Uno tiene que dar gracias a Dios, y no preguntarle más por qué.

(Mujeres, pensionadas, Pasto)

Ay, yo hasta los 6o años estaba lo más de bien. Yo no sé, pero fue ir un día al médico por un dolor, y resulté con que me mandaron para otra cosa y otra y terminé con diferentes cosas. Ahorita lo único que me preocupa es la columna. Lo otro fue pasajero, y fue por unos descuidos, pero ahorita sí me estoy cuidando de la columna. Ya me lo dijo el médico, que eso era de operación. En este momento es de lo único que me siento mal, pero yo misma me estoy cuidando.

(Mixto, Bogotá)

5.3. Aseguramiento, uso y acceso a los servicios de salud de la población de 60 años o más

El propósito principal de los sistemas de salud es atender las necesidades de salud de la población y prestar servicios de calidad a los que todos los ciudadanos puedan acceder. Pero no todos tienen ese acceso. Las barreras financieras son el primer obstáculo al que se enfrenta la población, y por esta razón el modelo colombiano contempla el aseguramiento. El propósito de este es proteger a los hogares de los costos de un evento en salud inesperado que, o bien les impida acceder al servicio, o que acabe con sus recursos si en principio logran recurrir a él. Para que el aseguramiento funcione como uno de los mecanismos para disminuir las barreras financieras al acceso a los servicios de salud se requiere, primero, que gran parte de la población esté asegurada; segundo, que la cobertura del aseguramiento sea amplia, tanto en términos de las tecnologías que cubre como del porcentaje de los gastos.

Aun cuando los ciudadanos estén asegurados, es posible que enfrenten otras barreras para acceder a los servicios de salud: entre las más importantes está el que estos no se ofrezcanen el área de residencia de la persona, que haya muchos trámites y trabas o que los pacientes perciban que no les solucionan sus problemas. Por otra parte, aun cuando las personas estén protegidas financieramente y no existan barreras procedimentales o de calidad, es posible que no usen los servicios de salud porque no tienen prácticas de cuidado

(particularmente en el caso de los servicios de promoción y prevención), o porque recurren a una medicina distinta a la convencional. También es posible que usen demasiado los servicios de salud.

En esta sección se analizan las barreras financieras al acceso a los servicios de salud de la población de 60 años o más, y también las barreras físicas, geográficas y de calidad o culturales.

El uso de los servicios de salud es determinante tanto para el bienestar de las personas, como para los costos. El incremento del gasto total en salud (es decir, la suma del gasto público y privado) en varios países, en los últimos años, ha sido impulsado por el incremento en el uso de los servicios de salud, en muchos casos innecesarios, especialmente en Estados Unidos. La literatura económica, tanto la teórica como la empírica, muestra que el incremento del gasto público en salud es una consecuencia directa del aseguramiento, si este no se acompaña de mecanismos de copago o de otros sistemas, incluidos los esquemas de pago al prestador, que ayuden a desestimular la demanda innecesaria: cuando los individuos no tienen que pagar de su bolsillo, se tiende a consumir más servicios. Esta sección hace una primera aproximación al uso de los servicios de la salud de la población de 60 años o más.

5.3.1. Marco conceptual y discusión metodológica

Existen dos medidas para constatar la efectividad del sistema de salud en términos financieros y de acceso a sus servicios: la primera es el porcentaje de personas aseguradas y la segunda es el gasto de bolsillo[12] en salud. La medida más común para determinar el impacto del gasto de bolsillo es el porcentaje de personas cuyo gasto en salud supera el 20 % o el 30 % de su gasto o ingreso total (Wagstaff, Bilger, Sajaia, y Lokshin, 2011). Otra es el porcentaje de personas que reportan haber cubierto con recursos propios los servicios de salud que utilizaron, y una última medida es el porcentaje que reporta no haber recurrido a los servicios médicos por razones financieras, aun necesitándolos (Berk y Schur, 1998). Para este trabajo optamos por observar el nivel de aseguramiento, el porcentaje de personas que no recurrió a los servicios de salud por motivos financieros y el porcentaje de quienes pagaron los servicios con recursos propios.

12 Los pagos de bolsillo se refieren a los costos que las personas asumen cuando acceden a un servicio de salud por cuenta propia.

Para establecer el grado de afiliación, uso y acceso a los servicios de salud de la población de 60 años o más, se utilizó el módulo de salud de la ELPS 2012. El nivel y tipo de afiliación se obtiene de las siguientes preguntas:"¿Está afiliado a, es cotizante o beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud?"; "¿a cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado?" Utilizando las estadísticas descriptivas de esta pregunta, se puede determinar el nivel de cobertura y el tipo de afiliación de la población.

Para establecer el grado de protección financiera se hizo la siguiente pregunta: "¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de esta atención en salud?" Las posibles respuestas son: entidad de salud a la que está afiliado; seguro de salud, plan complementario o medicina prepagada; servicio médico de la empresa; SOAT; Secretaría de Salud; recursos propios o familiares; y ninguno.

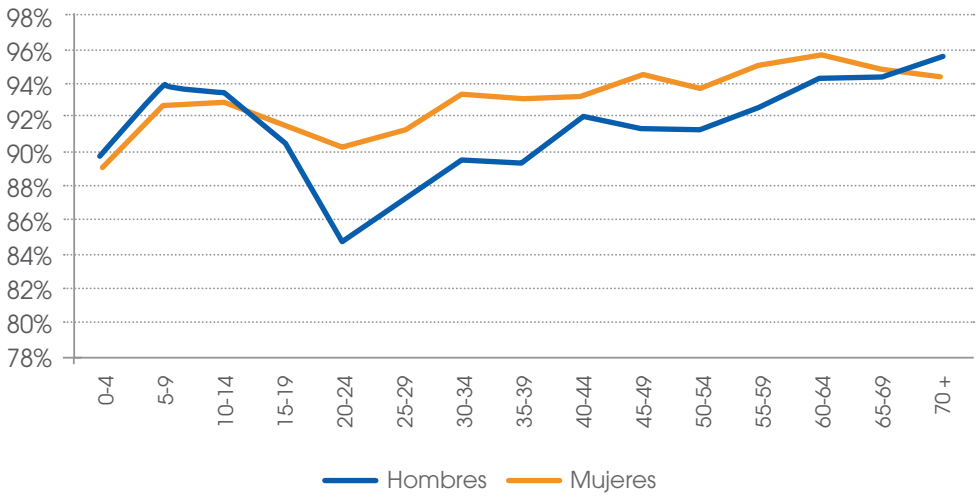
El uso se calcula como el porcentaje de personas que consultaron ante una necesidad, y esta se determina a partir de la siguiente pregunta: "¿En los últimos docemeses tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud?", y el uso de los servicios de salud se calcula como el porcentaje de personas que ante esa necesidad reporta haber asistido a uno o más servicios de salud listados en la encuesta. Para efectos de este trabajo, asumimos que la persona asiste a los servicios de salud si responde afirmativamente a alguna de las preguntas que siguen: "¿Acudió a una institución prestadora de servicios de salud o utilizó los servicios de la EPS a la que se encuentra afiliado?";o,"¿acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud independiente (de forma particular)?". Se excluyen los teguas, curanderos, boticarios, farmaceutas, droguistas y similares, y también si hubo automedicación o se recurrió a la medicina alternativa.

A las personas que responden que no asistieron a los servicios de salud se les pregunta la razón. Las posibles respuestas son: el caso era leve; no tuvo tiempo; el centro de atención queda lejos; falta de dinero; mal servicio o cita distanciada en el tiempo; no lo atendieron; no confía en los médicos; consultó antes y no le resolvieron el problema; muchos trámites para la cita o prefiere el tratamiento con medicina alternativa. Consideramos que existen barreras al acceso cuando la razón que se aduce es diferente a "el caso era leve" y "prefiere el tratamiento con medicina alternativa".

5.3.1.1. Cobertura y afiliación

La cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud para las personas mayores es alta, tanto para los hombres como para las mujeres. En general se mantiene por encima del 94 %. Como lo ilustra la Figura 18, la cobertura de los adolescentes y jóvenes adultos es notablemente baja; solo comienza a aumentar conforme avanza su edad. Al desagregar la afiliación por régimen, el comportamiento es elmismo (Figura 19). Varias razones pueden explicar este fenómeno.

Figura 18
Cobertura del SGSSS por sexo



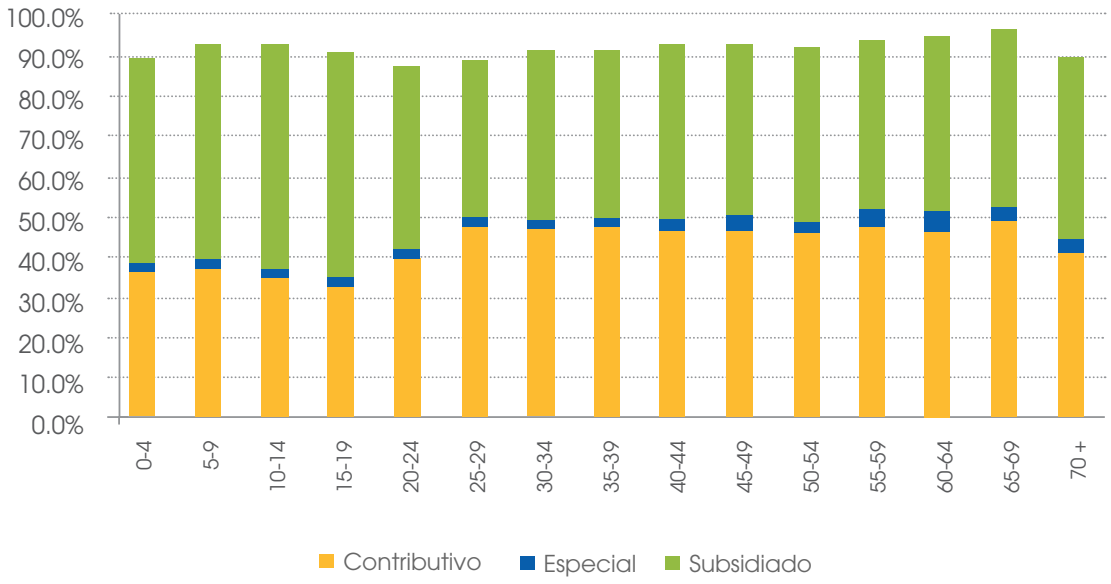
Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

En los grupos de 15 a 29 años hay un reajuste en términos del régimen de afiliación: por un lado, la afiliación del régimen contributivo en el grupo de 15 a 19 años pasa del 33 % al 39.9 % en el grupo de 20 a 24 años, y hasta el 47.6 % en el grupo de 25 a 29 años. Es decir que la cobertura del régimen contributivo tieneun aumento de 14 puntos porcentuales desde la adolescencia hasta la adultez joven, aumento que probablemente responda a la inclusión de este grupo en el mercado laboral formal. Paralelamente, la afiliación al régimen

subsidiado disminuye casi 17 puntos porcentuales: de un 55.5 % en el grupo de15 a19 años pasa al 39.1 %enel grupo entre 25 y 29 años. Una posible explicación es que los jóvenes cuyas familias pertenecen al régimen subsidiado pierden la afiliación cuando llegan a la mayoría de edad, pero no entran al mercado formal de trabajo, ni solicitan o no califican como Sisbén 1 o 2. También es posible que, como se enferman menos y son más temerarios, no ven la necesidad de afiliarse al sistema. El diferencial entre hombres y mujeres puede obedecer a que las mujeres son más adversas al riesgo que los hombres (Croson y Gneezy, 2009; Sapienza, Zingales y Maestripieri, 2009).

Figura 19

Afiliación por régimen de salud

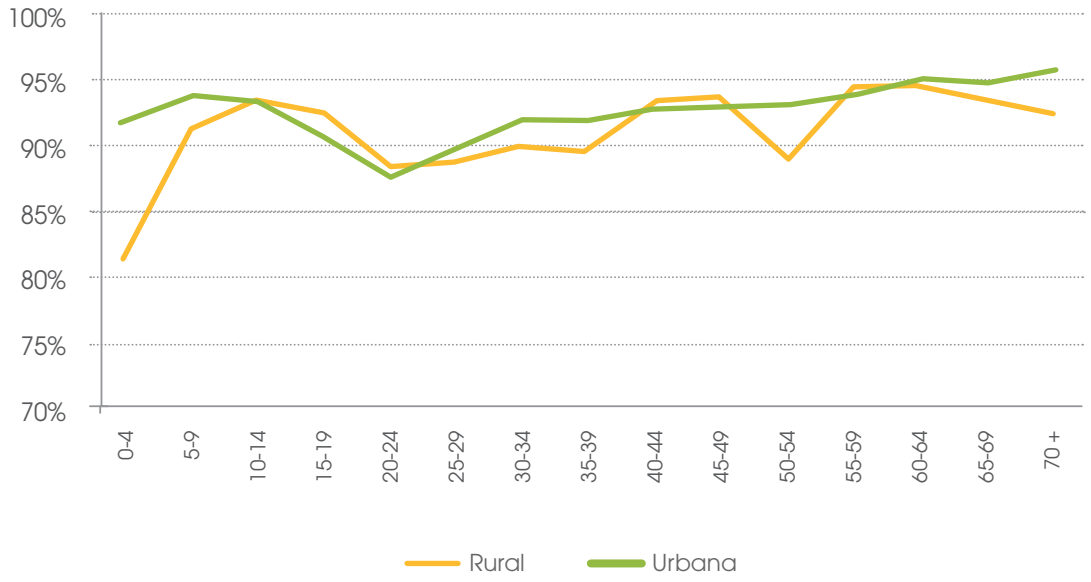


Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

En cuanto a la afiliación al sistema de salud por área de residencia, hay una leve disminución para los mayores de 75 años en las zonas rurales frente a las urbanas (Figura 20).

Figura 20

Cobertura del SGSSS por área



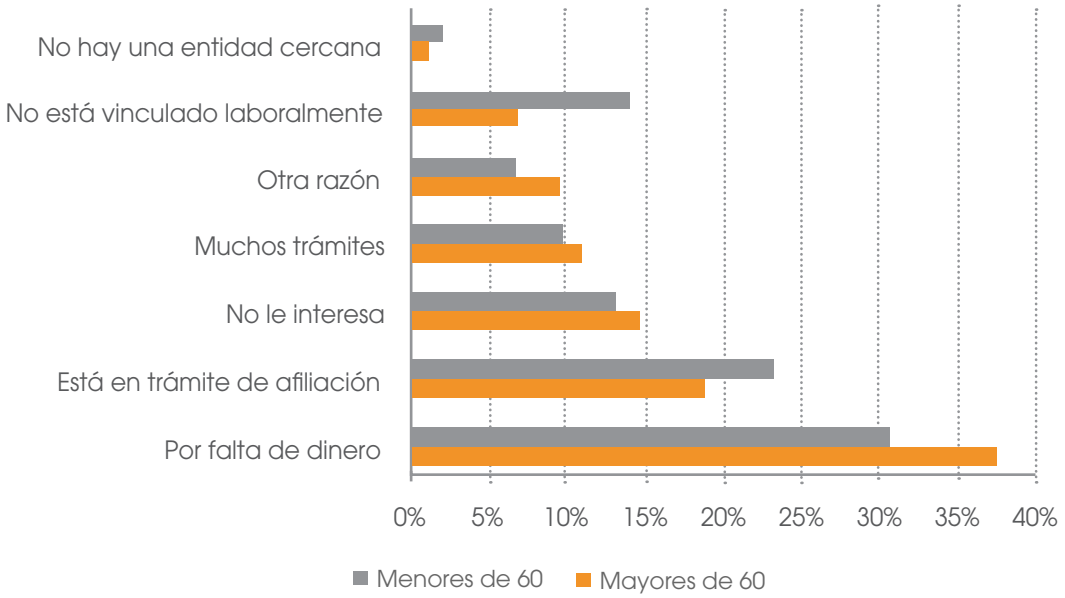
Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

En la Figura 21 aparecen las razones que las personas de 60 años o más aducen para no estar afiliadas al SGSSS[13]. La causa principal es la falta de recursos, con un 37 %. Sorprende que el 20 % tenga una afiliación en trámite y que el 12 % no se afilie por exceso de trámites. No hay diferencias significativas con otros rangos de edad.

13 Las estadísticas se agregaron de tal forma que cada grupo tuviera suficientes datos como para garantizar su representatividad. Los grupos son: menores de 60 años y de 70 años o más.

Figura 21

Razones de no afiliación al SGSSS en personas menores y mayores de 60 años

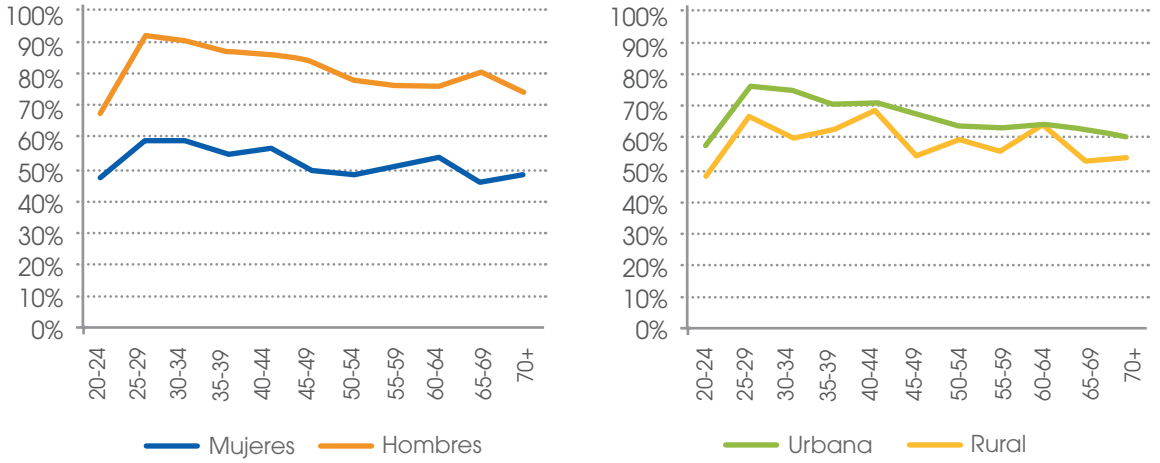


Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

La Figura 22 muestra el porcentaje de personas afiliadas que son cotizantes. Su participación cae a partir de los 30 años, pero aún así, el 63 % de los afiliados de 60 años o más son cotizantes. El sistema de salud permite afiliar como beneficiarios a los padres que no estén pensionados y que dependan económicamente del afiliado, siempre y cuando el cotizante no tenga cónyuge o compañero permanente ni hijos afiliados como beneficiarios.La figura de beneficiarios, sin duda, ayuda a aumentar la cobertura de afiliación de las personas de 60 años o más.

Figura 22

Porcentaje de personas cotizantes en los regímenes contributivo y especial, por grupo etario, sexo y área.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

Lo anterior sugiere que las barreras financieras al acceso por parte de la población de 60 años o más son moderadas o bajas. En efecto, el 94 % de la población reporta estar asegurada. Sin embargo, del 6 % que reporta no estarlo, el 37 % argumenta falta de dinero; del 5 % de las personas que reportan no haber acudido al médico a pesar de haber tenido necesidad, el 15 % aduce también falta de dinero. En otras palabras, aproximadamente el 2.8 % de la población de 60 años o más reporta alguna barrera financiera para acceder a los servicios de salud y muy pocos deben pagar con sus propios recursos una vez han accedido al servicio[14].

5.3.1.2. Uso y acceso

La Figura 23 presenta el porcentaje de personas que cuando tuvieron algún problema de salud, acudieron al SGSSS. Si bien las diferencias entre hombres y mujeres son leves, son significativas estadísticamente[15]. En general, los hombres tienden a acudir al sistema de salud en menor proporción que

14 El porcentaje que reporta alguna barrera se calcula como el porcentaje de personas no afiliadas por razones de dinero (6 %*37 %), más el porcentaje de quienes, necesitándolo, no consultaron por falta de dinero (5 %*15 %). Algunas personas pueden cumplir ambas condiciones, por lo que la estimación es un tope máximo.

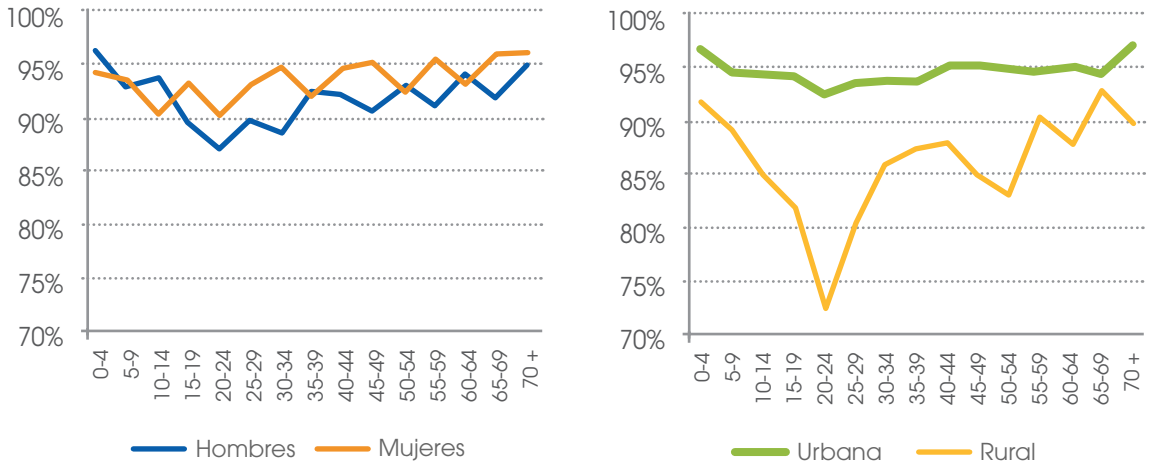
15 Según la prueba t entre las dos medias, la diferencia es relevante a un nivel de significancia del 1 %.

las mujeres. Esto puede obedecer a prejuicios (para el sexo masculino,consultar al médico se toma como una muestra de debilidad), a que las mujeres le dan más importancia a la salud que los hombres, y probablemente, también, a que los hombres tienen más limitaciones en el trabajo para acudir a los servicios de salud.

La misma Figura identifica una clara diferencia de consulta y acceso entre áreas. Mientras que el porcentaje de consulta en el área rural es del 86 %, en las áreas urbanas es del 94 %. Tanto la falta de recursos como las distancias a los puestos de atención de salud parecen ser las principales razones de esta diferencia.

Figura 23

Porcentaje de personas que acudieron al SGSSS cuando tuvieron algún problema de salud, por grupo etario, sexo y área.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

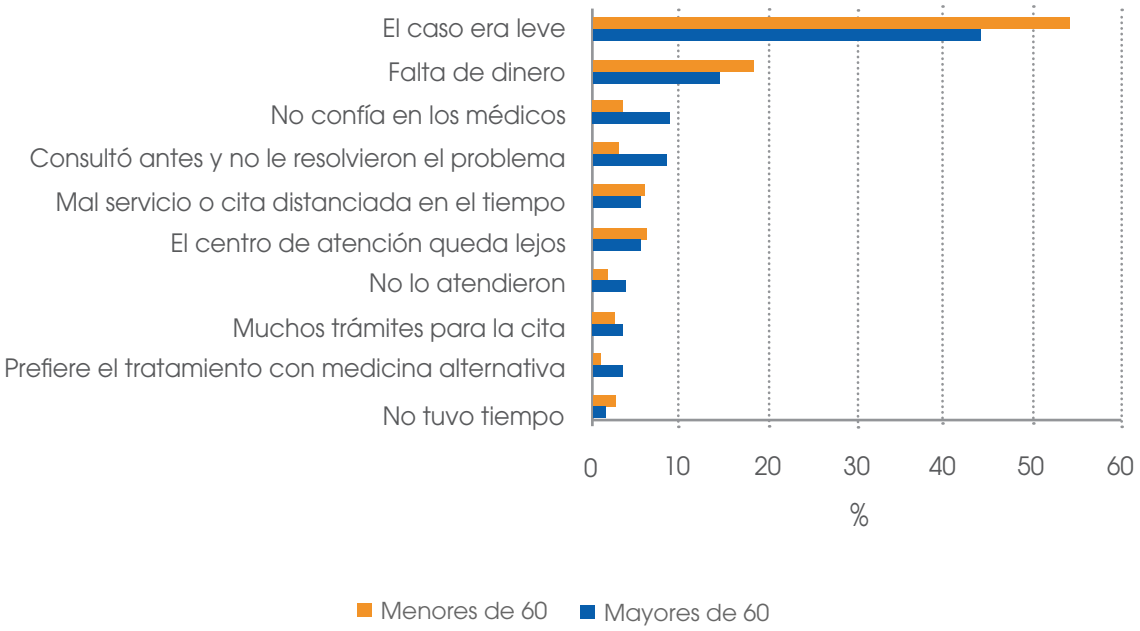
En general, la principal razón por la que las personas de 60 años o más no solicitaron o no recibieron atención médica del SGSSS fue:"El caso era leve" (44 %); le siguen la "falta de dinero"(14 %) y "no confía en los médicos" (9 %) (Figura 24).

Para evaluar las barreras financieras también se tuvo en cuenta el porcentaje de personas que pagaron la atención en salud con sus propios recursos (1.46 %). La falta de recursos, al parecer, no es una barrera al acceso práctico al sistema de salud.

Finalmente, el 19.8 % de la población menor de 60 años reporta que la razón para no consultar ante una necesidad en salud fue la falta de dinero, mientras que esta proporción es del 18.32 % para los de 60 años o más. En otras palabras, si bien los recursos financieros son la barrera más importante para las personas mayores, frente al resto de la población son los que menos recurren a sus propios recursos para pagar la atención en salud.

Figura 24

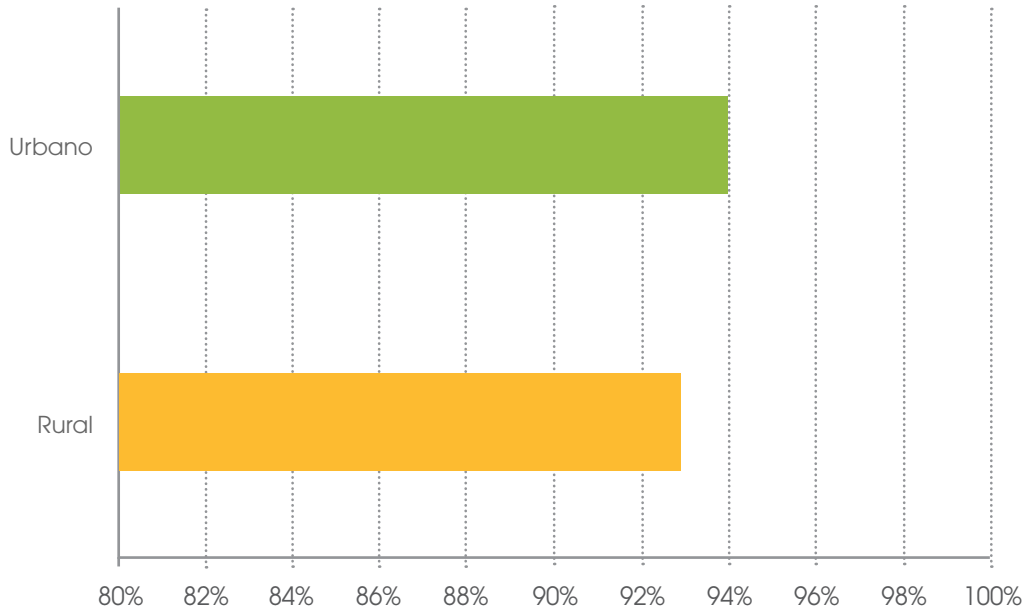
Principal razón por la que no solicitó o no recibió atención médica (personas de 60 años o más, según grandes grupos de edad).



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

Figura 25

Cobertura de medicamentos formulados en personas de 60 años o más



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

El 93 % de la población de 60 años o más tiene acceso a los medicamentos que le fueron formulados (Figura 25). Lo anterior indica que las barreras para acceder a los servicios y a los medicamentos, una vez se está afiliado, son bajas.

5.3.1.3. Calidad

Si bien la ELPS no hace preguntas directas sobre la percepción de la atención en salud, a partir de la respuesta a la razón para no consultar se puede inferir algo sobre la calidad. En efecto, la "desconfianza en los médicos", "consultó antes pero no lo atendieron o no le resolvieron el problema","muchos trámites", "mal servicio o cita distanciada en el tiempo"reflejan problemas de calidad de la atención que prestan los servicios de salud. Si se toman como un indicador de calidad, el 31 % de las personas de 60 años o más no consulta por la mala calidad del servicio.

5.3.1.4. Percepción sobre el sistema de salud

"Sistema de salud" fue definido como una categoría inicial dentro de las hipótesis planteadas y por ella se indagó en las tres modalidades de recolección de datos de esta investigación –grupos focales, entrevistas a profundidad y estudios de caso–. Para el análisis de los textos, la categoría "Sistema de salud" se dividió a su vez en cinco subcategorías relacionadas entre sí y que iban apareciendo con frecuencia en los discursos de quienes hicieron parte de las diferentes modalidades de participación. Estas cinco subcategorías son: "Escepticismo frente al sistema de salud"; "escepticismo frente al médico"; "insatisfacción con el sistema de salud"; "miedo al médico"; "no uso de la EPS" y "satisfacción con el sistema de salud". A continuación se revisa cada una de ellas.

Escepticismo frente al sistema de salud, versus escepticismo frente al médico

El sistema de salud es entendido como el responsable directo del tratamiento de la enfermedad y se convierte en un proveedor de servicios de salud terapéuticos.Muy pocas veces es visto como un posible promotor de la salud o de acciones preventivas en salud. El escepticismo frente al sistema de salud está supeditado, entonces, a la expectativa de que la patología o la "dolencia" por la que se consulta se alivie y se acompaña de una credibilidad limitada de las acciones que se prestan, y particularmente frente a los tratamientos formulados: hay una constante y continua percepción de "formula igual para todos".

> *Es la primera vez que utilizo la EPS, ahora que me caí. Antes nunca, porque, no sé, no me enfermo. Ahora que fui al médico, cuando me hizo la receta me tocó decirle que no, que esos calmantes para qué eran, que yo ya los había probado y que no me habían servido para nada. Usted me va a mandar algo que yo sé que no me sirve. Yo vine para que usted me atienda, para que se me quite lo que tengo, para ver si yo puedo solucionar mi vida, porque enfermo no puedo hacer nada. Deme una medicina que me sirva, no una de esas pastillas de $100 que se consiguen en la tienda. Eso no me sirve para nada. Mejor dicho, no puedo decir que he tenido el beneficio de la EPS. Hasta ahora es la primera vez que lo uso.*
>
> (Hombre, víctima, Montería)

Por otra parte, la experiencia con el sistema de salud es vivida directamente a través del médico y de la atención directa de este, no en el sentido amplio, como un complejo de servicios y acciones dirigidas a la salud. También la atención médica se ve en términos de la medicalización, no como un proceso de acompañamiento integral y de cuidado que va de lo promocional a lo preventivo, de la escucha a la formulación. Cuando el sistema es visto solo a través de la atención médica, se percibe deshumanizado, reducido en tiempo y limitado a la terapéutica farmacológica.

Los médicos de uno muchas veces se contradicen: hablan de que las enfermedades se pueden prevenir, pero uno va al médico y le dicen: "No, pero usted está bien, usted no tiene nada". Entonces termina uno yendo al médico únicamente cuando está enfermo.

(Mixto, 40-60 años,Bogotá)

Por ahora no me he enfermado, pero el gran problema es cuando hay que ir a sacar una cita: toca madrugar mucho y lo único que recetan es ibuprofeno, diclofenaco y acetaminofén. Cuando me siento así, con gripa, trato de no ir a la EPS, sino más bien compro ibuprofeno, diclofenaco y acetaminofén, que sale más fácil que tratar de sacar cita y pegarse esos madrugones.

(Mixto, 40-60 años, Pasto)

La relación con el médico está ligada a la presencia de una enfermedad en términos de "ser encontrada" o diagnosticada y en relación a un tratamiento. Así como hay limitantes geográficas para el acceso al sistema de salud, las referencias principales tienen que ver con la sensación de no respuesta del médico a los motivos de la consulta, y con un miedo explícito a recibir un diagnóstico y a tener que seguir un tratamiento que imponga restricciones al estilo de vida.

Mi señora me insiste en que vaya al médico, y yo le digo que si voy y me dicen que estoy enfermo…Por ejemplo, un compañero mío fue al médico y le dijo que tenía diabetes; que no podía comer carne, ni huevos, ni leche."Entonces qué puedo comer, ¿mierda?", le dijo al médico."Sí, pero con poquita sal", le contestó.

(Mixto, Pasto)

Yo no siento nada raro, no me siento mal, pero voy al médico y según ellos tengo azúcar, colesterol, la presión… Todas esas enfermedades las tengo yo, dicen ellos. Hace como cinco años me dio un dolor aquí y me operaron; me hicieron un cateterismo. Ahora voy a revisión cada tres meses. Me prohibieron la leche, el huevo, las cosas muy dulces, me prohibieron todo.Yo le dije a la doctora que no me iba a matar la enfermedad, sino el hambre.

(Mujeres, víctimas, Montería)

Miedo al médico

La categoría "miedo al médico" fue definida a partir de los comentarios sobre las razones por las cuales no se acude al sistema de salud. El "miedo al médico" no es otra cosa que el miedo a la presencia de una enfermedad que, muchas veces, la misma persona sospecha que puede tener y que en lo posible trata de desconocer. Esta subcategoría llama la atención,pues de su análisis se desprende que la posibilidad de una enfermedad es vista como una especie de catástrofe cuya negación les permite a las personas mantenerse tranquilas, creer que esa actitud les va a evitar enfermarse. Este punto es valioso, pues muestra con claridad que las limitaciones en la prevención son bidireccionales y que se requiere una mejor educación, una más positiva, frente a la posibilidad de una enfermedad, particularmente de una enfermedad crónica no transmisible.

A veces tengo algunas cositas por ahí, de los años, pero me siento bien. Lo que pasa es que soy bastante miedoso…No quisiera enfermarme nunca para no tener que ir al médico.Hago algunas resistencias para no sentirme enfermo, y otras veces lo que hago es no quejarme.

(Estudio de caso, Palenque)

El no uso de la EPS

Incluimos en esta categoría las limitaciones al acceso a los servicios de salud, toda vez que los entrevistados informaron que están asegurados,bien sea en el régimen contributivo o en el subsidiado. Las razones para no utilizar los servicios de las Empresas Promotoras de Salud, aparte de las mencionadas en las categorías previas, tienen que ver particularmente con la multiplicidad de trámites, con el acceso geográfico y los canales de comunicación, con el uso exclusivo para tratamientos de alto costo o especializados y con el desconocimiento de acciones diferentes a las terapéuticas.

Gracias a Dios tengo salud por el carnet de Caprecom. Hace once años me aportó para una operación que me costaba 2 millones de pesos. Sigo teniendo carnet, pero desde la operación no lo he vuelto a usar.

(Mixto,40-60 años, Ayapel)

Satisfacción con el sistema de salud

Así como hubo referencias de insatisfacción con el sistema de salud, las hubo también de satisfacción. Según los testimonios, pudieron acceder

oportunamente a los tratamientos que les formularon, recibieron una buena atención del personal médico, tuvieron una pronta respuesta a los procedimientos y pruebas diagnósticas y en algunos casos a ciertas actividades de prevención. No se encontró una tendencia diferencial en los grupos por ingreso, edad o sexo.

La verdad es que me ha tocado recurrir al sistema varias veces, pues he estado delicada de salud, y siempre me han atendido bien.El año pasado me hicieron una remisión para una ecografía, y enseguida me la dieron, me mandaron para Montería. No me puedo quejar, me ha ido bien. A mi hija también la remitieron de urgencias a Montelíbano porque tenía apendicitis. Me la remitieron y todo estuvo bien, ha sido una dicha. Estoy muy agradecida con eso.

(Mixto, 40-60 años, Ayapel)

Lo único para lo que no sirve es para lo de la droga, pero para una remisión o para una cirugía, eso sí es una verraquera, porque cubre todo y eso es muy bueno. Uno no tiene de qué quejarse. Y por ejemplo, en caso de urgencias, lo remiten a uno muy rápido.

(Mixto, 40-60 años, Gutiérrez)

En octubre me hicieron operar de apendicitis, y me sirvió bastante, es un aporte: esa operación vale harto, y a mí no me cobraron un centavo.

(Hombres, pensionados, Montería)

5.4. Determinantes del estado de salud

5.4.1. ¿Qué sabemos sobrelos determinantes sociales en salud?

Una vez identificado el perfil de morbimortalidad de la población colombiana, exploramos las variables que se relacionan con este perfil, en particular los hábitos de vida, el acceso a los servicios y los determinantes sociales.

La literatura en general reconoce cuatro tipos de determinantes del estado de salud: los sociales, como el ingreso, la educación y la situación de ruralidad; la calidad de la atención médica y el avance tecnológico; las acciones en salud pública, como potabilización del agua y el control de vectores; y los hábitos de vida saludables. La mayoría de los trabajos encuentran correlaciones significativas entre estos determinantes y el estado de salud. Sin embargo, el debate sobre la dirección de la causalidad, y cuánto explica cada uno de los determinantes las diferencias observadas en el estado de la salud entre personas, entre países o la mejora en el estado de salud entre generaciones, aún no se ha resuelto.

Varios factores hacen que sea particularmente difícil establecer causalidad y estimar la contribución de cada factor. El primero es que hay múltiples formas de medir el estado de salud. Para hacer las comparaciones entre países, se usan medidas asociadas a la mortalidad: esperanza de vida, tasa de mortalidad materna y tasa de mortalidad en menores de 5 años. Pero hay determinantes que, si bien pueden tener un efecto considerable en la morbilidad, pueden no tenerlo en la mortalidad, o no ser importante. La vacuna contra el sarampión, por ejemplo, solo apareció en 1964, pero las muertes por sarampión eran pocas antes de su introducción. Otros avances como la terapia antihipertensiva han logrado incrementar la esperanza de vida de manera importante (Cutler, 2007). Así pues, los resultados del impacto de diferentes determinantes sobre el estado de salud dependen de cómo se mida, si por mortalidad o por morbilidad, y qué indicador se usa para cada aproximación.

El segundo factor que hace difícil establecer los determinantes del estado de salud son los problemas de causalidad. Hay evidencia empírica y razones teóricas que sustentan que el estado de salud es el que incide en los determinantes sociales y en los hábitos de vida saludables. Por ejemplo, la literatura empírica es consistente en mostrar una correlación positiva entre la educación, el ingreso y el

gasto en salud, con la esperanza de vida y la morbilidad por ciertas causas, tanto si se compara entre países, como dentro de los países mismos. Pero el debate sobre si la relación es causal o no está lejos de ser resuelto. En efecto, los individuos más saludables pueden trabajar más y tener más ingresos, y entre más saludables pueden ser más productivos, y educarse más y aumentar aún más su productividad.

En lo que sigue resumimos la evidencia que logra demostrar causalidad en una u otra dirección de manera satisfactoria.

Determinantes sociales y estado de salud

De todos los determinantes sociales, la educación ha sido la variable que de manera más consistente ha mostrado su incidencia en el estado de salud. Lleras-Muney (2005) parte de los cambios en las leyes sobre educación obligatoria en Estados Unidos y muestra que las cohortes que recibieron más educación como resultado de las leyes, registran una menor tasa de mortalidad. Cutler, Lleras-Muney y Vogl (2008) revisan los estudios que intentan establecer causalidad, y encuentran que estudios similares con diversas metodologías confirman el resultado. La evidencia causal que citan estos autores también indica que la educación tiene un efecto intergeneracional: las madres más educadas tienen hijos más sanos. Y además, las personas más educadas tienen comportamientos más saludables y pueden aprovechar mejor las tecnologías en salud (las personas menos educadas con enfermedad coronaria, por ejemplo, reportan con mayor frecuencia que no entienden las recomendaciones de su médico).

La evidencia señala también una relación causal de la salud hacia la educación. Los niños, los jóvenes y los adultos más saludables tienen menos restricciones de asistencia a las instituciones educativas, se ausentan menos y aprenden más. A partir de un ejercicio experimental, Miguel y Kremer (2001) muestran que la desparasitación en Kenia aumentó la asistencia escolar en un 25 %. Cutler et al. (2008) listan diez estudios experimentales o cuasi experimentales que ilustran cómo la salud incrementa las tasas de graduación, asistencia escolar o desempeño.

La relación causal entre los ingresos y el estado de salud es mucho menos contundente. Cutler, Deatony Lleras-Muney (2006) argumentan, por ejemplo, que el ingreso de China de hoy es equivalente al de Estados Unidos en 1880, pero la

salud de los chinos hoy es mucho mejor que la de los norteamericanos en 1880. La relación parece depender de la edad. Ninguno de los estudios revisados por Cutler et al. (2006) encuentra una relación contemporánea entre adultos entre el ingreso y el estado de salud. Sí es evidente, en cambio,que el ingreso de los padres sí afecta la salud de los hijos, tanto de jóvenes, como de adultos, principalmente a través de la nutrición.

A nuestro juicio, el estudio más sólido sobre la relación de causalidad entre nutrición infantil y salud adulta (además de otros resultados) es el del Instituto Nutricional de Centro América y Panamá (Incap), que hizo una evaluación experimental de suplemento nutricional en niños de áreas marginadas en una provincia de Guatemala.

El proyecto duró ocho años y todos los niños menores de 7 años recibieron dos tipos de suplemento nutricional: uno de alto contenido proteico y calórico y otro no. Posteriormente se recogió información sobre el nivel de educación, ingresos, participación en el mercado laboral y resultados en salud de los hijos de los niños tratados en tres etapas de seguimiento: 1987-1988, 2002-2004 y 2006-2007. Los niños que recibieron suplemento nutricional tuvieron mejores resultados en educación (aptitud verbal y numérica), ingresos más altos y alcanzaron tallas más grandes. Más aún, los hijos de los niños que recibieron el suplemento proteico pesaron más al nacer, también a los 12 años y registraron una mejor razón de masa corporal (Behrman, 2009).

Otros autores han avanzado en la hipótesis según la cual los ingresos afectan la salud por el estrés, y que esto puede explicarse en parte porqué el estado de salud de las familias en desventaja socioeconómica es más precario (para una revisión de estudios, ver Cutler et al. [2008]). Hay razones biológicas que relacionan el estrés con la enfermedad cardiovascular, la diabetes, la depresión y la mortalidad; y hay alguna evidencia empírica con experimentos controlados en primates sobre el estrés y su incidencia en la salud. Los estudios en humanos se han concentrado en mirar si el rango social o laboral está relacionado con el estado de salud. Los más conocidos son los estudios longitudinales de Whitehall, Gran Bretaña, que siguen una cohorte de hombres y mujeres empleados en el servicio público por 20 años. A los participantes se les preguntaba por una serie de factores que podían causar estrés, por aspectos psicosociales, de satisfacción laboral y de conocimiento sobre el cuidado de la salud, y encontraron que había

una relación entre estos factores y el estado de salud, más allá del ingreso o del acceso a la atención en salud. El estrés y la tensión en el trabajo, en la casa y en la comunidad –más altos en los trabajadores socioeconómicamente en desventaja– predecían enfermedad cardiovascular, enfermedad mental común, síndrome metabólico y ausentismo laboral por enfermedad (Marmot y Brunner, 2005). En todo caso, estos son factores relacionados más con el estrés psicosocial y su injerencia en la salud, que con los ingresos en sí mismos. Estudios similares en Japón y Finlandia corroborarían más adelante los hallazgos de este estudio.

Las investigaciones que revisan la relación de causalidad entre la salud y los ingresos encuentran resultados mixtos: contradictorios en los que se basan en comparaciones entre países, y de un efecto positivo fuerte en aquellos de corte longitudinal en individuos.

Hábitos de vida saludables

Desde el punto de vista teórico y fisiológico, parece razonable concluir que los hábitos de vida saludables como no fumar, no tomar alcohol y hacer ejercicio mejoran la salud. Sin embargo, la magnitud del efecto no es fácil de establecer. En efecto, las personas cuya salud se deteriora dejan de fumar o de tomar alcohol, y si tienen alguna discapacidad se verán impedidas para hacer ejercicio. Adicionalmente, otros factores pueden afectar simultáneamente la salud y los comportamientos saludables: las personas que no hacen ejercicio, por ejemplo, tienen otra serie de hábitos que también afectan su salud, de tal forma que la correlación bien puede estar captando causalidad de salud hacia hábitos de vida, o captando la correlación de factores no observados que afectan simultáneamente la salud y los hábitos de vida.

Aun así, existe evidencia que apunta hacia una dirección causal. El cigarrillo, por ejemplo, incrementa la probabilidad de sufrir cáncer de pulmón en un 30 %, responde por el 18 % de las muertes prematuras en Estados Unidos y es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular y varios tipos de cáncer (ver Stewart, Cutler,y Rosen, 2009). La obesidad responde al menos por un 5 % de las muertes prematuras en Estados Unidos, y es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular, la diabetes y problemas de articulaciones (Stewart et al.2009).

Hay pocos estudios que logran establecer una relación causal entre la actividad física y el estado de salud individual, pero existen estudios clínicos

controlados que revelan una relación de causalidad clara e importante entre la actividad física y los factores de riesgo de enfermedades crónicas, en particular la presión arterial alta, la sensibilidad a la insulina, el perfil de lípidos y los niveles de grasa en el cuerpo (Surgeon General, 1996).

Los estudios sobre consumo de alcohol son más controversiales, pero la evidencia más reciente indica que el consumo de alcohol moderado (entre 20g y 30g al día) puede traer un beneficio leve para las enfermedades vasculares y el infarto isquémico en personas de edad media (Emberson y Benett, 2006). También hay razones epidemiológicas y biológicas que pueden explicar esta relación. Sin embargo, la misma literatura muestra que el exceso de alcohol, sostenido o episódico, aumenta la enfermedad cardiovascular, el infarto hemorrágico y el isquémico. El exceso de alcohol también está causalmente asociado con morbilidad y mortalidad por otras enfermedades, por ejemplo con la depresión, y con mortalidad en jóvenes (para una revisión minuciosa de la evidencia, ver Emberson y Bennet, 2006).

Ahora bien, ¿qué hace que algunas personas tengan hábitos de vida saludables y otros no? Los estudios que han abordado este tema encuentran que un factor que explica estas diferencias es la educación (ver, por ejemplo, Cutler et al., 2006).

Intervenciones en salud pública y avance tecnológico

Otros determinantes han sido asociados con mejoras en la esperanza de vida y la morbilidad. Entre ellos el avance tecnológico, el acceso a los servicios de salud y las intervenciones en salud pública.

Medir el impacto del avance tecnológico en salud ofrece retos adicionales, pues no hay una definición clara de qué es avance tecnológico en salud y menos de cómo se mide. Una medida *proxy* –muy cruda–de avance tecnológico es el gasto per cápita en salud. Los estudios que miden la relación entre gasto en salud y el nivel de salud encuentran resultados contradictorios. Según Alleyne (2009), un mayor gasto en salud en los países en desarrollo no se traduce en mejor salud (medida de diversas maneras). Los autores atribuyen este resultado a la ineficiencia del gasto en los países en desarrollo y a los pobres esquemas de gobernanza del sistema de salud. En los países desarrollados, por el contrario, el mayor gasto en salud sí se refleja en una mayor esperanza de vida: un incremento anual del 1 % del gasto en salud se traduce en incrementos de un 0.020 % en la esperanza de

vida en Estados Unidos y de un 0.12 % en Alemania (Barthold, Nandi, Mendoza Rodríguezy Heymann, 2014).

Ahora bien, cuando se miran tecnologías individuales, los resultados son muy heterogéneos. Cutler (2007) aplica variables instrumentales para establecer causalidad y encuentra que la tecnología de revascularización puede haber añadido hasta un año más a la esperanza de vida en Estados Unidos. En otro artículo, Cutler, Long, Berndt, Royer, Fournier, Sassery Cremieux (2007) estudian los beneficios de la terapia antihipertensiva y concluye que esta redujo la presión en los hombres en un 10 % y evitó 86.000 muertes prematuras. Los cuidados intensivos neonatales también han disminuido la mortalidad infantil de niños prematuros en un 72 % desde 1950, cuando la tecnología para salvar bebés con muy bajo peso no existía. Las complicaciones asociadas al bajo peso –parálisis cerebral, problemas de aprendizaje, ceguera, entre otras – también han cedido, a pesar de que ahora más niños sobreviven a los partos prematuros (Cutler y Meara, 2000).

Pero no todas las tecnologías tienen efectos tan importantes. Algunas de las drogas más costosas para el cáncer de colon –Avastin y Zaltrap– apenas extienden la sobrevida de los pacientes en 1.4 meses, con efectos despreciables en la calidad de vida y en la esperanza de vida total (Werth, 2013).

La evidencia sobre el efecto de la inversión en salud pública, por otro lado, es bastante sólida. Cutler y Miller (2005) encuentran que la mitad de la reducción de la mortalidad en las grandes ciudades, tres cuartos de la mortalidad infantil y dos tercios de la mortalidad en niños en Estados Unidos durante el siglo XX se puede explicar por la potabilización del agua. Kamiya (2010) muestra que el acceso a servicios de saneamiento básico en los países en desarrollo –acueducto y agua potable, y eliminación de excretas– explican la reducción de la mortalidad infantil. Las evaluaciones del impacto del programa de transferencias condicionadas Progresa, en Brasil, encontraron que los programas de fortificación nutricional, educación a las madres de menores de 5 años y atención en salud incrementaron la estatura para la edad y redujeron las tasas de anemia (Rivera, Sotres-Alvarez, Habicht, Shamah, y Villalpando, 2004).

5.4.2. Hábitos de vida saludables en Colombia

Como se mencionó en la introducción, hay evidencia sobre el impacto de los hábitos saludables de vida en las enfermedades crónicas y en el estado de

salud en general. Las figuras siguientes ilustran la incidencia del consumo de tabaco y alcohol y la intensidad de la actividad física en Colombia (la ELPS es nuestro punto de partida).

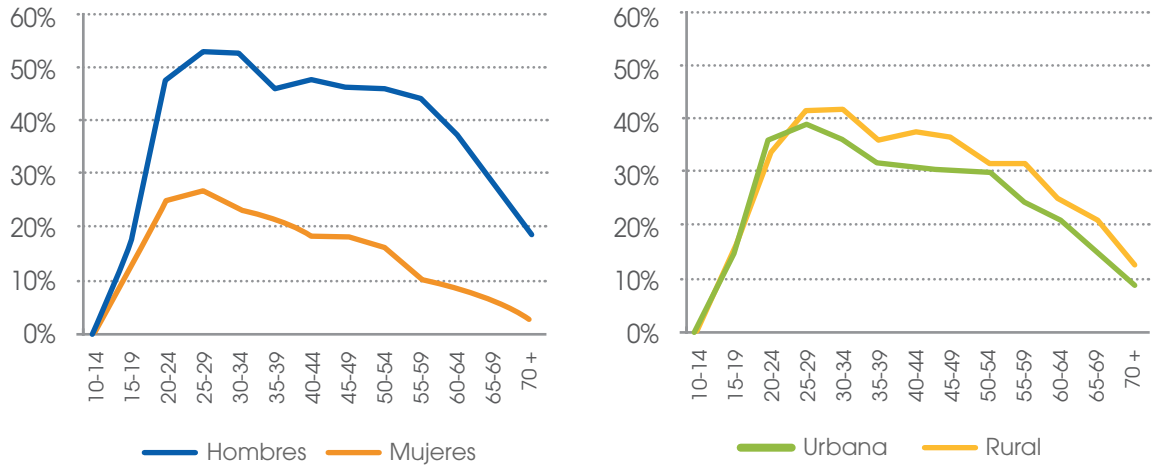
Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es claramente superior en los hombres y alcanza su pico entre los 20 y los 30 años en ambos sexos. De esa edad en adelante se reduce en forma sostenida. Si bien el consumo de alcohol es mayor en las áreas rurales que en las urbanas (de los 25 años en adelante), las diferencias no son significativas[16] (Figura 26).

Las frecuencias en el consumo de alcohol para las personas que reportan tomar bebidas embriagantes se presenta en la Figura 27. Las estadísticas construidas a partir de los reportes de las personas no permiten establecer con exactitud la frecuencia del consumo, pues la gran mayoría (un 73 % en promedio) reporta un consumo esporádico semanal, lo que podría indicar, más o menos, una vez por semana[17].

Figura 26

Consumidores de alcohol por grupo etario, sexo y área



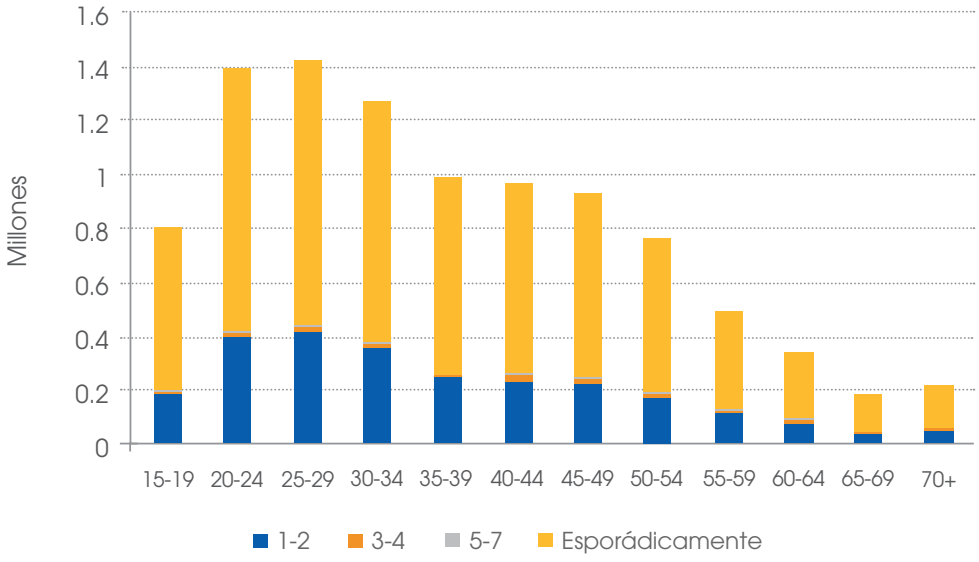
Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

16 El p-valor de la prueba t, con la hipótesis de que son medias distintas, es de 0.4492.

17 Los datos de la ELPS no permiten calcular el consumo por Unidad de Bebida Estándar (UBE). Esta medida, equivalente a cerca de 12.5 centímetros cúbicos de alcohol puro, se utiliza como referencia para establecer el número a partir del cual se pone en riesgo la salud. Las cantidades semanales son: 21 unidades en hombres y 14 en mujeres.

Figura 27

Cantidad de personas y frecuencia de consumo de alcohol por grupo etario



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

Consumo de cigarrillo y tabaco

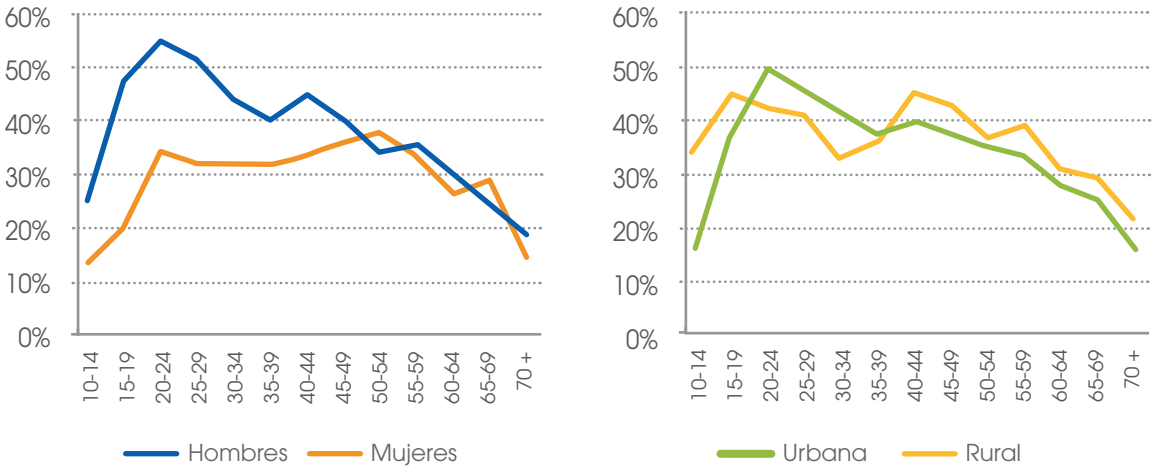
En promedio, el 36.2 % de las personas mayores de 15 años reportan fumar actualmente. Este valor es del 22.9 % en los mayores de 60 años. Ha fumado alguna vez el 23.3 % de los mayores de 15 años, y el 42.2 % de 60 años o más. Si la edad promedio en la que las personas se inician en el hábito de fumar no ha cambiado, estos datos podrían hablar de una tendencia decreciente en el consumo de cigarrillo en las generaciones más jóvenes. En efecto, si la mayoría de los fumadores se inician en la adolescencia y siguen fumando hasta la edad adulta, alrededor de un 42 % de las personas mayores de 60 años debería estar fumando en su adolescencia, lo que no se refleja en el 23 % que se registra hoy. De ser así, se puede esperar en las próximas décadas una reducción de las enfermedades crónicas asociadas al cigarrillo. La disminución en el consumo de cigarrillo y la consiguiente reducción de las enfermedades asociadas ya se ha venido observando en varios países desarrollados.

El consumo es mayor en los hombres que en las mujeres, pero solo hasta los 50 años. De allí en adelante no hay diferencias significativas entre sexos. Tampoco las hay por área[18] (Figura 28).

La gran mayoría de los fumadores activos son ocasionales, es decir, que fuman en promedio menos de una vez al día. Este grupo representa cerca del 74 % de los fumadores activos. El restante se compone de cerca de un 20 % de fumadores regulares y de un 6 % de grandes fumadores; los primeros fuman entre una y 19 veces diarias y los segundos más de 20 veces al día (Figura 29).

Figura 28

Consumidores de tabaco por grupo etario, sexo y área.
Personas que reportan consumo como porcentaje del total.

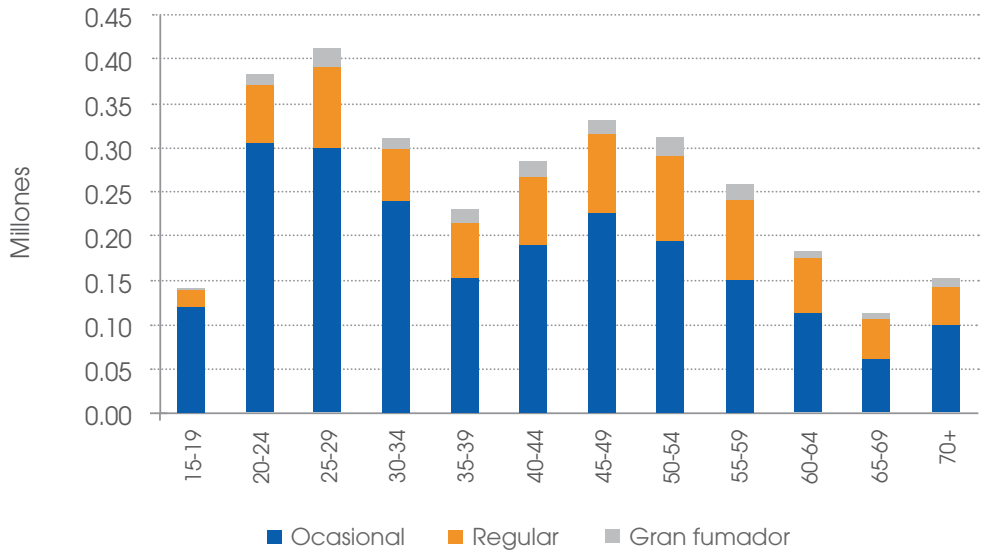


Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

18 El p-valor de la prueba t, con la hipótesis de que son medias distintas, es de 0.9541.

Figura 29

Cantidad de personas y frecuencia de consumo de cigarrillo por grupo etario



Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS 2012.

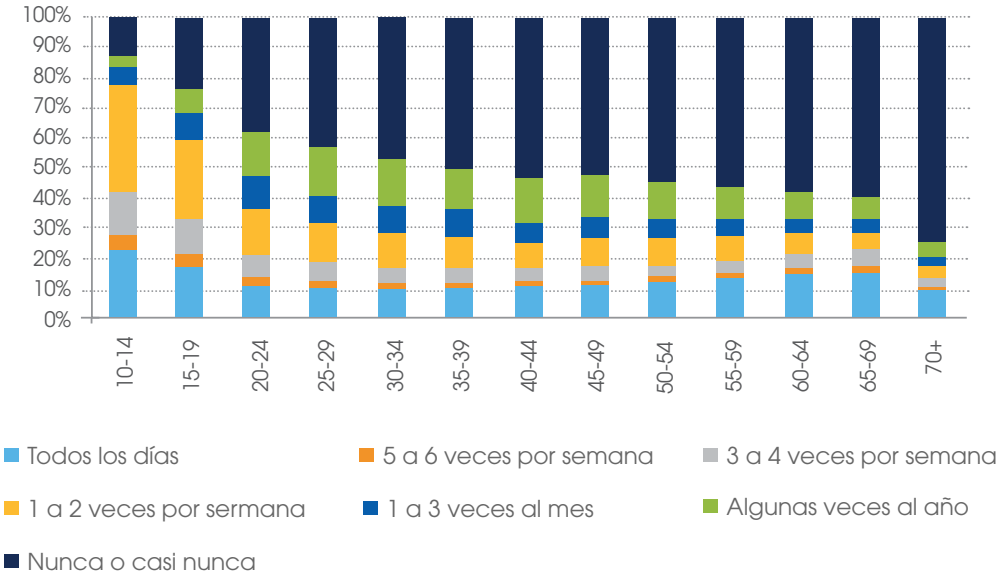
Actividad física

Al analizar la frecuencia de la actividad física por grupo etario, se encuentra que a medida que aumenta la edad se incrementa el porcentaje de personas que dentro de su rango de edad reportan no hacer ejercicio nunca o casi nunca. Sin embargo, es interesante que entre los 50 y los 69 años comienza a crecer el porcentaje de personas que hace ejercicio entre cinco y seis veces por semana.

La frecuencia recomendada de actividad física regular es de tres veces por semana como mínimo, con una duración de 30 a 60 minutos. Con base en este umbral, los datos de la ELPS indican que el 72 % de la población mayor de 60 años no hace suficiente ejercicio (Figura 30).

Figura 30

Regularidad de la actividad física por grupo etario



Fuente: Elaboración propia a partir de laELPS 2012.

5.4.3. Algunas comparaciones internacionales

Es importante establecer dónde se encuentra Colombia en términos de morbimortalidad y hábitos de vida saludables frente a otros países con niveles de desarrollo similares. La base de datos de la OMS, que contempla comparaciones internacionales de los años 2008 a 2011, permite responder a esta pregunta.

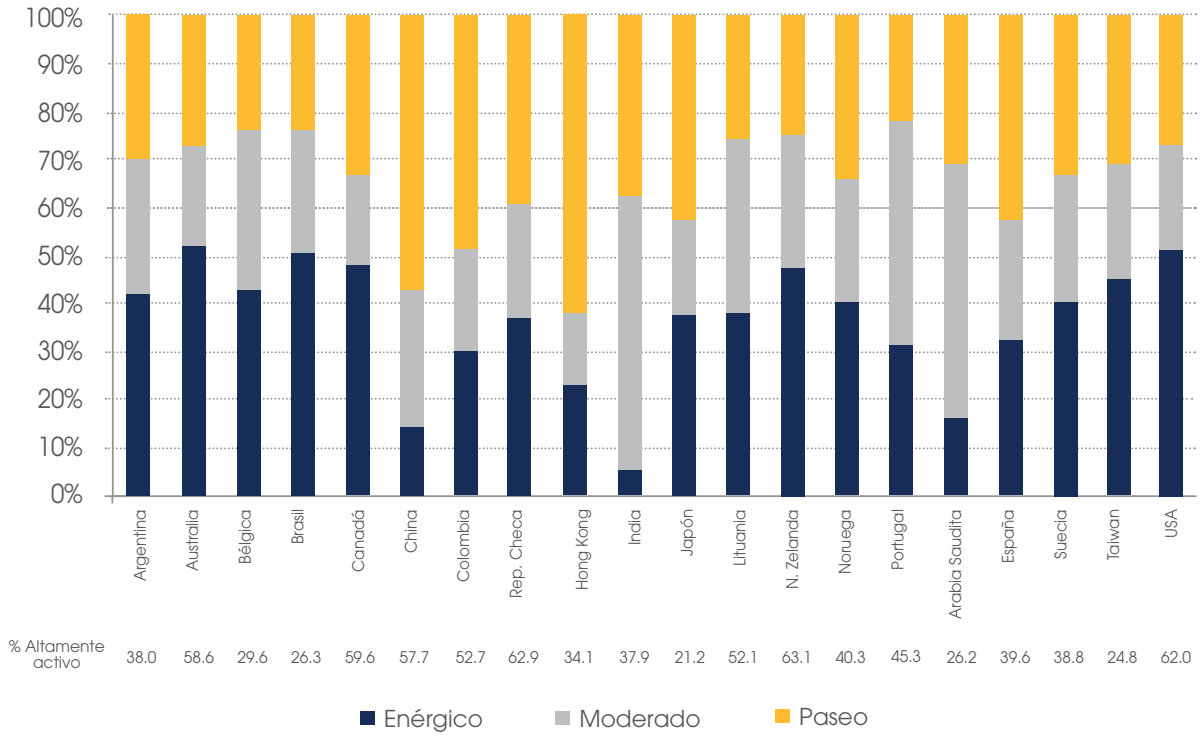
Existe en el mundo una importante variabilidad con respecto a la definición de actividad física. En general se está de acuerdo en que una actividad física de menos de 30 minutos, cinco veces a la semana, es una actividad moderada. Colombia tiene un perfil medio de actividad física, con un nivel de incidencia de inactividad similar al de Estados Unidos, Brasil, Perú y los países nórdicos, y superior al de Canadá y gran parte de Asia. Según la OMS, entre el 40 % y el 50 % de la población no hace suficiente actividad física.

Bauman, Bull, Chey, Craig, Ainsworth, Sallis y Group (2009) corroboran este resultado. Apartir de un cuestionario estandarizado aplicado a 20 países, el estudio muestra que Colombia se encuentra entre los países con mayor proporción de personas entre los 18 y los 65 años que solo caminan como la forma de hacer

ejercicio, y entre los pocos países en los que menos del 50 % de la población hace ejercicio leve o moderado (Figura 31).

Figura 31

Prevalencia de la actividad física derivada de caminar (actividad moderada y alta)



Fuente: Bauman et al. (2009).

Esta baja actividad física puede predecir una mayor prevalencia de factores de riesgo para las enfermedades crónicas en las próximas décadas en Colombia. Por otro lado, el patrón de consumo de alcohol en el país es más riesgoso que el de países desarrollados, y similar al promedio de América Latina y África. De nuevo tenemos un perfil de riesgo más alto para enfermedades crónicas que los países más desarrollados.

La OMS no tiene datos del consumo de cigarrillo en Colombia, pero la prevalencia según la EPLS en los mayores de 15 años es del 36 %, algo por encima del promedio regional[19].

19 Ver http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/use/atlas.html.

5.4.4. Modelo del estado de salud de los mayores de 60 años

5.4.4.1. Metodología y especificación

Esta sección describe el método a partir del cual resolvemos la siguiente pregunta: ¿qué afecta el estado de salud de la población? La respuesta la da una serie de ejercicios econométricos que parten de un modelo de predicción dicotómica. En este modelo, el estado de salud de las personas se mide por una variable binaria que toma el valor de 1 si la persona tiene buen estado de salud, y de 0 en caso contrario.

Hay varias formas de medir el estado de salud de las personas. En general, las medidas se clasifican en las autorreportadas y en las objetivas. La medida autorreportada se obtiene de las encuestas en las que se les pide a los participantes que clasifiquen su estado de salud según una de las categorías predefinidas, usualmente buena, malo o regular. Las medidas objetivas se construyen a partir de indicadores de prevalencia de enfermedades, discapacidad o consumo de servicios médicos y odontológicos en el último año. La ELPS no tiene información sobre el estado de salud autorreportado y tampoco escalas de valor, pero sí permite construir diferentes medidas objetivas.

Con base en la información de la ELPS construimos dos indicadores de estado de salud. El primero asume que un buen estado de salud es equivalente a no tener enfermedades crónicas. A partir de este supuesto construimos una variable dicotómica denominada "Crónicas-ELPS", que toma un valor de 1 si el individuo reporta haber sido diagnosticado con al menos una de las enfermedades registradas en la ELPS, y de 0 en caso contrario (ver sección 6.2.4.1.2). El segundo indicador parte de una variable dicotómica denominada "Problemas de salud" (PS): toma un valor de 1 si el individuo reporta haber sufrido algún problema de salud en el último año, y de 0 en caso contrario.

El conjunto de posibles determinantes del estado de salud incluye variables de las condiciones sociales exógenas en las que el individuo nació y creció y que están fuera de su control; las características individuales y de comportamiento; y aquellas relacionadas con el acceso a los sistemas de salud.

Los determinantes sociales incluyen el nivel educativo, el ingreso de la familia, la zona de residencia y si la persona vive sola o no. El nivel educativo

se mide en años de estudio, y estos se calculan a partir de la información de la encuesta (Educación). El ingreso se presenta por medio del logaritmo de la suma de los ingresos de los miembros del hogar *(Log_ing)*. Por último, en el mismo conjunto se encuentra una dicotómica que vale 1 para las áreas urbanas y 0 para las rurales (Urbana).

Dentro de las características individuales y de comportamiento se incluye la edad y el sexo, el nivel de actividad física, el consumo de alcohol y el de cigarrillo. La edad se mide en años cumplidos en el momento de la encuesta (Edad). La variable sexo es una variable dicotómica que toma 1 si es hombre y 0 si es mujer (Hombre). La variable de actividad física toma el valor de 1 si el individuo hace ejercicio o alguna actividad física más de una vez en promedio por semana (Actividad). Se incluyen también variables sobre consumo de cigarrillo y tabaco –fumar– y de alcohol. La variable sobre el hábito de fumar toma el valor de 1 si el individuo fuma actualmente, al margen de la cantidad, y de 0 en el caso contrario (Fumar). El consumo de alcohol se mide como 1 si el individuo bebe una o más veces por semana, y como 0 si toma esporádicamente o no toma (Alcohol).

Dentro de los determinantes de acceso al sistema de salud o institucionales se incluye la afiliación al sistema de seguridad social, según el régimen. La referencia es ser beneficiario del régimen contributivo. La variable toma el valor de 1 si está afiliado al régimen contributivo y de 0 en caso contrario[20]. No contemplamos los regímenes especiales por las pocas observaciones de este tipo de afiliación.

Una vez definido el conjunto de covariables, el objetivo ahora es encontrar si en la población de 60 años o más hay efectos significativamente diferentes. Es decir, si el efecto de, por ejemplo, el nivel educativo en el estado de salud es más importante en los de 60 años o más que en el resto de la población. Con este fin se contempla una interacción con una variable dicótoma que toma el valor de 1 si el individuo es de 60 años o más, y de 0 si no lo es (denominada 60+). La variable dicótoma se multiplica por las variables de los determinantes de salud. Por ejemplo, la variable que interactúa entre

20 La variable toma un valor de 0 si está afiliado al régimen subsidiado o a otro régimen. Sin embargo, la afiliación a otros regímenes en esta muestra es muy baja, por lo que la variable se puede interpretar en referencia a la afiliación al régimen subsidiado.

educación y personas de 60 años o más toma el valor de 0 si el individuo es menor de 60, y si es mayor toma el valor del nivel educativo del individuo de 60 años o más. Las proyecciones de estas variables que interactúan representan los efectos adicionales y diferenciales de cada una de ellas en las personas de 60 años o más.

Hay diversas formas de estimar modelos con variables binarias. Los más comunes son los modelos de probabilidad lineal, que asumen que existe una relación lineal entre el estado de salud de las personas y sus covariables o determinantes (estimado con Mínimos Cuadrados Ordinarios), y los modelos no lineales, que asumen que la probabilidad de tener un buen estado de salud depende de sus covariables o determinantes de una manera no lineal (lo que se conoce como modelos Probit y Logit). En este trabajo usamos tanto modelos lineales como no lineales[21].

5.4.4.2. Resultados

Los resultados del modelo de probabilidad lineal se resumen en la Tabla 2. Resultados de la regresión lineal: modelo del estado de salud de la población total y de los mayores de 60 años.

Es importante aclarar que estas estimaciones no establecen causalidad; solo indican correlación. Así que cuando en el texto nos referimos a que una variable parece aumentar o disminuir la probabilidad de tener mal estado de salud, no estamos afirmando que se trate de una relación causal, sino que existe una correlación negativa o positiva.

Para los diferentes determinantes, y frente a los signos esperados, los resultados son consistentes con la literatura. El modelo logra explicar el 20 % de la variación observada en la probabilidad de reportar enfermedades crónicas, y tan solo el 3 % de la variación en la probabilidad de reportar otros problemas de salud. Esto indica que el modelo logra explicar una buena parte de las diferencias en enfermedades crónicas, pero que la probabilidad

21 Para una discusión sobre la conveniencia de utilizar modelos lineales o no lineales ver Horrace y Oaxaca (2006), Friedman y Schady (2013), Pischke y Angrist (2009) y Wooldridge (2002). Existen dificultades adicionales para interpretar los resultados de los términos interactuados o cuadráticos (ver Ai y Norton, 2008; capítulo 11 de Stock y Watson, 2012, para una discusión sobre la conveniencia de uno u otro modelo). Para este documento, y en atención a esta discusión, optamos por presentar los resultados del modelo de estimación lineal.

de reportar problemas de salud en general depende de otros factores que los determinantes analizados en este trabajo no captan.

De acuerdo con los resultados, la probabilidad de reportar enfermedades crónicas y problemas de salud en generales mayor con el avance de la edad, y el deterioro dela salud se acelera en las personas de 60 años o más. En efecto, la probabilidad de reportar enfermedades crónicas se incrementa cada diezaños en 0.06 puntos porcentuales. Para los de 60 años o más hay un efecto adicional de 0.02 puntos porcentuales por cada diez años adicionales. Un efecto similar, aunque menor, se observa en la probabilidad de reportar problemas de salud.

Tabla 2.
Resultados de la regresión lineal: modelo del estado de salud de la población total y de los mayores de 6o años

Variables	(1) Enfermedades crónicas	(2) Otros problemas de salud
Edad	0.00618*** (0.000220)	0.00257*** (0.000246)
Edad en 60+	0.00203*** (0.000726)	0.00134* (0.000704)
Log Educación	-0.0263*** (0.00489)	-0.0122** (0.00546)
Log educación en 60+	-0.0413*** (0.0132)	-0.0393*** (0.0128)
Log ingreso	0.000140 (0.00184)	-0.00715*** (0.00216)
Log ingreso en 60+	0.00111 (0.00426)	-0.00148 (0.00407)
Hombre	-0.0451*** (0.00441)	-0.0341*** (0.00560)
Hombres 60+	-0.0839*** (0.0182)	-0.00771 (0.0174)
Urbana	0.00767 (0.00625)	-0.00713 (0.00834)
Urbana en 60+	0.0727*** (0.0252)	0.0309 (0.0244)
Actividad	-0.0137*** (0.00465)	-0.0235*** (0.00606)

Actividad en 60+	0.00189 (0.0200)	-0.0114 (0.0188)
Fumar	0.0270*** (0.00544)	0.0830*** (0.00707)
Fumar en 60+	0.0644*** 0.0184)	-0.00837 (0.0180)
Consumo de alcohol	-0.00571 (0.00714)	-0.0217** (0.00961)
Consumo de alcohol en 60+	-0.133*** (0.0391)	-0.127*** (0.0301)
Régimen contributivo	0.000861 (0.00483)	-0.0205*** (0.00607)
Régimen contributivo en 60+	0.0654*** (0.0191)	0.0219 (0.0189)
Vive solo	0.00411 (0.0118)	-0.00459 (0.0141)
Vive solo en 60+	-0.0131 (0.0282)	0.0168 (0.0281)
Constante	-0.0501** (0.0235)	0.223*** (0.0271)
Observaciones	27,029	27,029
R-cuadrado	0.202	0.037

Errores estándar en paréntesis *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fuente: ELPS, 2012.

Los años de educación reducen la probabilidad de reportar problemas de salud y enfermedades crónicas. Un aumento de un 10 % en los años de educación está correlacionado con una disminución en la probabilidad de sufrir complicaciones crónicas de entre 1 y 2 puntos porcentuales. El efecto de la educación es más notorio en los de 60 años o más: la probabilidad de reportar problemas de salud disminuye en 4 puntos porcentuales adicionales. La literatura sugiere que el efecto sí es causal (aunque puede ser menor o mayor que el que se encuentra en este trabajo).

Consistente con la literatura internacional, el efecto del ingreso (una vez se ha controlado por la educación) no es robusto, es decir, varía con el modelo y con la forma de medir el estado de salud. Un aumento del ingreso no tiene efectos significativos en el estado de salud si este se aproxima con la probabilidad de tener enfermedades crónicas. Si el estado de salud se mide con el indicador de problemas de salud, un aumento del 10 % en el

ingreso disminuye en 0.07 puntos porcentuales la probabilidad de reportar complicaciones de salud. No se observan efectos adicionales significativos del ingreso enel estado de salud para las personas de 60 años o más.

Ser hombre disminuye en 0.08 puntos porcentuales la probabilidad de reportar una enfermedad crónica, comparado con ser mujer, y en 0.03 puntos porcentuales la probabilidad de reportar algún problema de salud. El efecto es aún mayor en los de 60 años o más: ser hombre tiene un efecto adicional de disminuir en 0.01 puntos porcentuales la probabilidad de reportar una enfermedad crónica comparado con las mujeres, aunque no tiene un efecto diferencial significativo en otras complicaciones de salud.

Vivir en las ciudades incrementa la probabilidad de reportar enfermedades crónicas en las mujeres de 60 años o más (en comparación con los hombres), pero no tiene efectos significativos en otros rangos de edad ni en otros problemas de salud. El efecto no necesariamente es causal, o su magnitud puede ser menor o mayor, pues es posible que las personas más enfermas se trasladen a las ciudades para acceder a un mejor cuidado.

Los resultados del efecto de los hábitos de vida en la salud también son consistentes con la literatura. La actividad física se asocia con una disminución de 0.01 y 0.02 puntos porcentuales en la probabilidad de reportar enfermedades crónicas o problemas de salud en general. No hay efectos adicionales en las personas de 60 años o más. Fumar se relaciona con un incremento de 0.2 puntos porcentuales en la probabilidad de reportar enfermedades crónicas y con un incremento de 0.08 puntos porcentuales de reportar cualquier problema de salud. El efecto en las enfermedades crónicas es mayor en los de 60 años o más, con un efecto adicional de 0.06 puntos porcentuales. El consumo de alcohol, como lo mide este trabajo –consumo de alcohol más de una vez por semana sin diferenciar la cantidad–,está asociado con una menor probabilidad de reportar enfermedades crónicas en los de 60 años o más, y una menor probabilidad de reportar otras problemas de salud en todos los rangos de edad, con un efecto adicional en los de 60 años o más.

Los resultados del efecto de los hábitos de vida son solo de asociación y pueden reflejar causalidad inversa (las personas más enfermas dejan de consumir alcohol o no pueden hacer ejercicio). La literatura internacional que controla por doble causalidad y por variables no observadas señala

que el consumo moderado de alcohol está asociado con una disminución de la enfermedad cardiovascular en la edad media y probablemente con el aumento de otras enfermedades (del hígado y renales). Además, que el consumo excesivo aumenta no solo la enfermedad cardiovascular sino otras enfermedades. La ELPS no permite diferenciar la cantidad de alcohol consumido, sino solo la frecuencia. Los resultados de la literatura que estima efectos causales indican que la actividad física mejora el estado de salud y el consumo de cigarrillo y tabaco lo empeora.

Finalmente, el estar afiliado al régimen contributivo parece tener efectos contradictorios, según el indicador que se use para medir el estado de salud. Vivir solo no parece estar relacionado con el estado de salud.

Es importante recalcar que estos resultados reflejan únicamente asociaciones, ya que la información de la ELPS no permite revelar, por ahora, efectos causales. Dado que la ELPS es una encuesta longitudinal, en un futuro sí se podrá hacer un análisis de tipo causal, y será una fuente de información muy útil para el diseño de las políticas de salud pública. Los resultados que presentamos acá deben ser interpretados a la luz de la literatura internacional, que sí establece relaciones de causalidad.

5.4.5. Análisis cualitativo frente al envejecimiento activo

En la investigación cualitativa con los grupos focales, las entrevistas a profundidad y los estudios de caso se buscó la existencia de acciones encaminadas aun envejecimiento activo por parte de las personas. Esta categoría inicial se denominó "Envejecimiento activo" y a lo largo del discurso se definieron las subcategorías emergentes: alimentación y salud, dificultad para la preparación, hábitos de vida saludables, hábitos de vida no saludables, sin interés de preparación, sin preparación para la vejez.

5.4.5.1. Dificultad en prepararse para la vejez (incluye "sin interés" y "sin preparación para la vejez")

Uno de los hallazgos relevantes y que saturó rápidamente el discurso de los participantes es el hecho de que el contexto en el que el sujeto se desarrolla dificulta la posibilidad de prepararse para la vejez. La situación de

inestabilidad económica hace que la población sienta la precarización de su calidad de vida. Esto se expresa claramente en los testimonios relacionados con la alimentación:

Si desayunamos, no almorzamos. A veces porque no hay comida, y la mayoría de las veces porque no hay billete.

(Hombres, víctimas, Bogotá)

También se plantea la dificultad para conseguir los alimentos que el estado de salud de los participantes exige, y al mismo tiempo se subraya la importancia que se le da a la atención médica, a los medicamentos y a la participación social. La inestabilidad económica produce una sensación de dependencia, de necesidad de cuidado y de vulnerabilidad.

Yo siento que ahora estamos peor. Antes, cuando uno trabajaba, por lo menos tenía la plata y algo se hacía. Ahora dependemos de los hijos.

(Mujeres, víctimas, Bogotá)

De la mano de la percepción de la vejez y el envejecimiento, muchas veces poco clara y entendida como un evento lejano, la preparación está ausente: la vejez no se ve como una posibilidad real sino hasta que llega, o cuando se evidencia algún malestar. No se está educando para poder tener un envejecimiento

activo, y la expectativa de cuidado se pone en la fe, en Dios; el cuidado es algo que no depende de cada cual, sino casi siempre de un tercero.

Yo no me preparaba para la vejez, yo vivía el día a día. A Dios gracias tengo un buen matrimonio, buenos hijos y muy buenos amigos y en la parte espiritual estoy muy bien. En la preparación para la vejez, o en la vejez, más bien, es algo en lo que pienso desde que vivo con mi mamá. Ella ya tiene 86 años y la veo y pienso que como uno haya sido en su juventud así va a ser en su vejez. Le pido a Dios que así sea yo cuando esté viejita, que sea así, tranquila. Para que estemos bien y aceptemos tranquilos lo que se viene, tenemos que orar. No, no he pensado en cómo me voy a preparar para la vejez.

(Mujeres, 40 a 60 años,Bogotá)

Pues cuando uno está joven se desmanda, hace miles de cosas y nunca piensa que le van a llegar las enfermedades.

(Mujeres,pensionadas, Bogotá)

Cuando uno va cumpliendo los 50 años, lo más normal es que llegue la hipertensión. La mayoría de las personas sufren de esa enfermedad. Gracias a Dios mi presión está igual. Hasta ahora no tengo nada. Ya veremos, con los años...

(Hombres,pensionados, Montería)

5.4.5.2. Hábitos de vida saludables versus hábitos de vida no saludables

Los participantes de los grupos focales saben de la necesidad de tener hábitos de vida saludables, entendidos estos como los que les permite estar mejor, mantenerse sanos. La alimentación es vivida como el hábito sobre el que se debe y se puede trabajar más fácilmente; de hecho se percibe como la forma a través de la cual se logra estar bien y es el hábito sobre el que la mayoría actúa.

Los hábitos como fumar y consumir alcohol se perciben como claramente inadecuados y lesivos, y se conocen los riesgos que implican. Estos hábitos se evitan desde muy temprana edad o se dejan ante la evidencia de riesgo.

Me preparo bien para la vejez porque no fumo, no tomo, no parrandeo. Soy sano; casi no me enfermo.

(Mixto, 40 a 60 años, Ayapel)

Yo era muy bebedor, pero hace como unos cinco años dejé de tomar. Antes me trasnochaba mucho, me la pasaba bebiendo, pero ahora no. Me estoy cuidando de eso, porque envejece bastante.

(Mixto, 40 a 60 años, Ayapel)

El trabajo y la capacidad de trabajarse asocian a la salud. La medición de mantenerse sano es proporcional a la posibilidad de mantenerse activo y trabajando.

Si uno deja de trabajar, se enferma. Hay que hacer actividades físicas todos los días para mantenerse bien y tener salud. Uno tiene que prepararse tanto física como espiritualmente para derrotar las enfermedades, porque si no, las enfermedades lo derrotan a uno; las enfermedades siguen y prosperan cada día... Uno se prepara físicamente trabajando, buscando la forma de salir adelante.

(Estudio de caso, Palenque)

Yo estoy en el campo, estoy en movimiento, estoy preparando mi salud para lo que venga.

(Estudio de caso, El Salado)

Se reconoce que el ejercicio físico es importante para mantenerse activo y saludable, pero no se percibe como una actividad fácil de realizar, ni se tiene claro cómo hacerla de forma continuada. El trabajo laboral, de hecho, se concibe como una actividad física y se le considera fundamental para estar saludable.

Hace cuatro meses que no bailo, que es el ejercicio mío. Mi mama se murió y he dejado de hacer esos ejercicios. Pero todavía camino barrio arriba y desde allá me bajo y siento que me muevo.

(Estudio de caso, El Salado)

Uno de los resultados interesantes es la necesidad de mantener un buen estado de ánimo y una actitud positiva frente a la vida. La búsqueda de estar bien afectivamente está relacionada con el hecho de evitar o limitar el estrés como un factor desencadenante de alguna patología.

Para la vejez y para cuidar mi salud me preparo no cogiendo rabietas, viviendo contenta, haciendo las cosas alegre y feliz para que cuando llegue la vejez sea la misma viejita contenta. Pienso que sí me estoy preparando...

(Mixto, 40 a 60 años, Ayapel)

5.5. Costos del envejecimiento para el sistema de salud

La cuarta pregunta que este estudio busca responder es cómo variarán los costos del sistema de salud nacional conforme el país avanza en el proceso de transición demográfica. Para resolver este interrogante es necesario estudiar la relación de este cambio demográfico con otros factores que pueden determinar alteraciones en los gastos en salud. La literatura ha identificado como relevantes el cambio técnico y la evolución del perfil epidemiológico. En esta sección se concluye que, tal como cabría esperar, el envejecimiento de la población genera un incremento importante en los costos poblacionales. Sin embargo, la combinación de los demás factores, y en particular el cambio tecnológico, tendría un mayor impacto en los costos sociales.

Esta sección presenta primero los antecedentes legales del sistema de salud en relación con las personas mayores. Luego se describen brevemente las bases de datos que se utilizaron. La tercera parte se ocupa del comportamiento del gasto en salud en los últimos 20 años. La cuarta parte presenta el comportamiento del gasto en salud de las personas mayores. La

quinta sección presenta las proyecciones de costos y la metodología, y por último las conclusiones y recomendaciones de política.

5.5.1. Antecedentes legales: la población mayor de 60 años en el sistema de salud colombiano

El sistema de salud en Colombia opera según un esquema de competencia regulada. En este esquema las Empresas Promotoras de Salud (EPS) son las responsables de garantizar la prestación de un paquete predefinido de servicios de salud a sus afiliados, conocido como el Plan Obligatorio de Salud (POS). Para financiar esta prestación, las EPS reciben del Sistema General de Seguridad Social un pago por cada afiliado: la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La UPC opera como una prima de aseguramiento en la que las aseguradoras se comprometen a cubrir cualquier servicio en salud incluido en el paquete a todos sus afiliados. Si los eventos en salud superan el monto de la prima, el asegurador asume los costos adicionales. Si por el contrario los costos son inferiores, genera un excedente sobre el afiliado.

El paquete de salud (POS) es el mismo para toda la población, pero el aseguramiento y la prestación están segmentados en tres sistemas: el sistema contributivo, el sistema subsidiado y los regímenes especiales. La segmentación responde a las fuentes de financiación de cada subsector, es decir, al origen de los fondos usados para pagar la UPC. Los recursos del sistema contributivo provienen de los aportes de los trabajadores asalariados y las firmas, así como de los independientes con capacidad de pago, y cubren el aseguramiento de esta población. Los recursos del sistema subsidiado provienen de diversas fuentes, principalmente de rentas departamentales y municipales del Sistema General de Participación, y cubren a las personas sin capacidad de pago. Los regímenes especiales se nutren de recursos del presupuesto y de contribuciones de los trabajadores públicos (maestros, Fuerzas Armadas, Policía, Ecopetrol).

Las contribuciones para el régimen contributivo varían según el estado ocupacional de las personas. Los asalariados deben aportar el 4 % de su salario base de cotización y el empleador el 8.5 % sobre la misma base. A partir de la reforma tributaria del 2012, se eliminó la contribución de los empleadores a cambio de una sobretasa del impuesto de renta denominada CREE. Los independientes,

llamados "cuenta propia", deben aportar el 12 % sobre el 40 % de sus ingresos brutos. Este descuento sobre la base asume que los gastos del independiente son alrededor del 60 % y que por lo tanto su ingreso o ganancia es el 40 %. Como independientes, sobre estos ingresos netos se debe aportar el 12 %, correspondiente al aporte del trabajador y del empleado en el caso de los asalariados. En el caso de los pensionados, estos deben aportar el 12 % sobre la pensión.

Nos concentraremos en los regímenes subsidiado y contributivo, que cubren al 97 % de la población. Los dos regímenes operan con reglas de juego levemente diferentes desde el punto de vista de las EPS. Las EPS del régimen contributivo tienen requisitos de habilitación más estrictos y son libres de contratar con cualquier prestador. Las EPS del régimen subsidiado pueden funcionar con unos requisitos menos estrictos para permitir empresas cooperativas y asociativas, así como de comunidades indígenas, y están obligadas a contratar el 60 % del servicio con los prestadores públicos[22]. A partir de la Ley 1438 del 2011, las EPS del régimen contributivo pueden afiliar población sin capacidad de pago y recibir del SGSSS la prima correspondiente.

En el sistema, las EPS compiten por afiliados, que son libres de escoger la aseguradora a la que desean afiliarse dentro del subsistema al cual pertenezcan. El sistema supone que las EPS que contraten con los mejores prestadores atraerán más afiliados, de tal forma que existe competencia en calidad entre EPS, así como entre prestadores para atraer los contratos con las EPS. El sistema de salud colombiano, tal y como está diseñado, opera según principios de solidaridad y equidad, en la medida en que las personas contribuyen de acuerdo a su nivel de ingresos y capacidad de pago, pero tienen derecho a las mismas prestaciones.

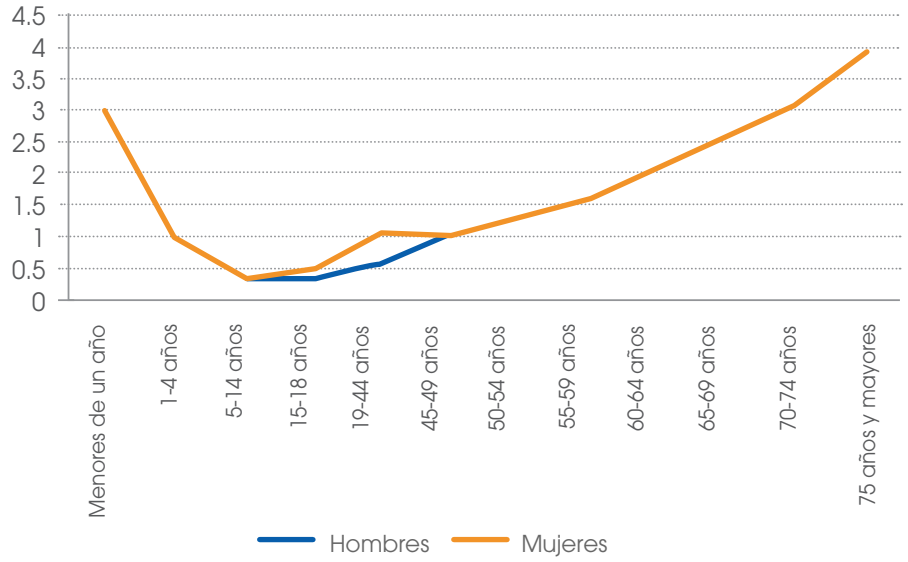
En teoría, todos los años se debe definir el valor de la UPC con base en un sistema actuarial estándar con ajuste de riesgo. Este busca reconocer que existen algunos usuarios o condiciones de prestación que resultan más costosos de atender, de tal forma que las EPS reciben una UPC ajustada por factores poblacionales (edad y género) y geográficos del afiliado, para un total de 42 grupos de riesgo.

22 Ley 1122 del 2007 y Decreto 1020 del mismo año.

La Figura 32 y Figura 33 muestran el valor relativo de la UPC para los diferentes grupos de edad respecto a la UPC base en el régimen contributivo y subsidiado, respectivamente. En ambos casos, el cálculo actuarial reconoce que el costo de prestación más alto se encuentra en los mayores de 75, seguido por los menores de 1 año y luego para los mayores de 50[23].

Figura 32

Estructura de costos de la UPC en el régimen contributivo para el año 2015

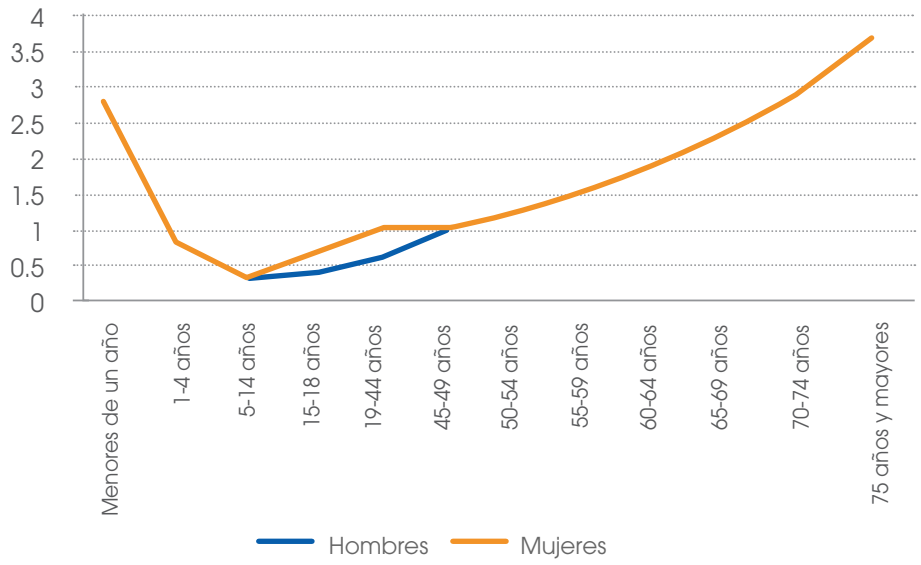


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2014).

23 La fijación del valor de la UPC del Plan Obligatorio de Salud para los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2015 establece primas adicionales diferenciales de la siguiente forma: una prima adicional para zona especial por dispersión geográfica del 10 % en el régimen contributivo y del 11.47 % para el subsidiado; una prima adicional del 9.86 % para las ciudades listadas en el contributivo y del 15 % en el subsidiado.

Figura 33

Estructura de costos de la UPC en el régimen subsidiado para el año 2015



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2014).

El propósito del ajuste de riesgo es evitar que las aseguradoras desincentiven la afiliación de las personas mayores, caso probable si esta resultara más costosa de atender y la prima no reconociera este costo adicional.

Además de una variación en la prima por edad, la Corte Constitucional, en la sentencia T-067 del 2012, declaró a las personas mayores sujetos de protección especial, en particular frente al derecho a la salud:

Las personas de la tercera edad cuentan con la protección especial del Estado para que puedan ejercer sus libertades y derechos, toda vez que se trata de un sector de la población que se encuentra en desventaja social proclive a abusos o maltratos, para lo cual las entidades comprometidas con el sector salud deben brindar toda la atención que requieran, con el fin de asegurarles una existencia digna.

Esto quiere decir que, cuando haya desacuerdos, debe primar el derecho a la salud de la persona mayor sobre cualquier otra consideración a la hora de prestarle los servicios de salud.

El esquema de salud, entonces, tal y como está concebido, es solidario y equitativo frente a la persona mayor, y le otorga además una protección especial.

5.5.2. Bases de datos

Cifras financieras del sector salud (CFSS)

Las cifras financieras del sector salud presentan los resultados de la estimación que hace el Ministerio de Salud y el DNP de las cuentas sobre gasto, composición del gasto de bolsillo, financiamiento y asignación global de recursos del SGSSS[24]. El enfoque metodológico de estas estimaciones se encuentra en Barón (2007), texto en el que también aparece la primera serie consolidada para el periodo 1993-2003. Una segunda publicación del Ministerio, con una metodología marginalmente alterada, presenta la serie para el periodo 2004-2011 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)[25]. Las estimaciones para los años 2012 y 2013 son preliminares y han sido aportadas directamente por el Ministerio.

La aproximación metodológica de lasCFSS se fundamenta en la estimación del gasto a partir de los agentes de financiación identificados en el flujo de recursos. Las CFSS describen el comportamiento de los principales componentes del gasto en salud en Colombia, es decir:

1. Gasto del régimen contributivo, que incluye el gasto a través de las EPS (públicas y privadas), los regímenes especiales (Fuerzas Armadas, magisterio y Ecopetrol) y las entidades adaptadas al sistema.

2. Gasto del régimen subsidiado, que corresponde al gasto de las EPS públicas y privadas del régimen subsidiado.

3. Gasto público directo, que comprende el gasto hecho por el Ministerio de Salud y sus entidades adscritas, las entidades territoriales de salud

24 También conocidas como cuentas nacionales de salud.

25 La principal diferencia en la estimación del gasto de la serie para el periodo 2004 en adelante, versus Barón (2007), es la exclusión del gasto de funcionamiento del Ministerio de Salud y sus entidades adscritas. Más adelante presentamos la serie unificada, que hemos ajustado para el periodo 1993-2003, de tal forma que excluimos el gasto de funcionamiento del Ministerio y de las entidades adscritas con el fin de hacer las series lo más comparables posible.

(direcciones seccionales y locales de salud y hospitales para la prestación de servicios a la población pobre no afiliada [PPNA]), salud pública y otros gastos de administración e inversión imputados a la administración de subsidio a la oferta, otras dependencias y programas oficiales, y el Fosyga.

4. Gasto de bolsillo, que incluye el gasto en seguros privados, pólizas y medicina prepagada; copagos y cuotas moderadoras; y todos los gastos que los hogares deban financiar directamente con sus ingresos.

Cubo de suficiencia

La base de datos del CUBO de Suficiencia del Ministerio de Salud permite desagregar la información de los servicios de salud en el territorio nacional. En esta base se cuenta con información demográfica, epidemiológica y de costos de los servicios registrados como actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos recibidos por el afiliado.

Los datos brindan información sobre el valor total, el número de atenciones y de usuarios para los grupos de individuos divididos así[26]: año, grupo etario, tipo de atención, código de procedimiento y tipo de enfermedad por capítulo CIE-10 (Tabla 3).

Tabla 3.
Tipo de desagregación por variables para el número de atenciones, usuarios y valor en el CUBO de suficiencia

Variable	Tipo de clasificación
Sexo	Hombre, Mujer
Año	2010-2012

26 Información adicional del CUBO que no fue empleada en este estudio: geografía de la administradora, forma de reconocimiento, medicamentos ATC, municipio de atención, geografía de residencia, geografía del prestador y clasificación CUPS del procedimiento médico.

Grupo etario	Quinquenios del DANE (0-4, 5-9,..., 75-59, 80+)
Ámbito del procedimiento	Domiciliaria, hospitalaria, ambulatoria, urgencia
Tipo de enfermedad	**Capítulos CIE-10:** **1.** Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias **2.** Neoplasias **3.** Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad **4.** Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas **5.** Trastornos mentales y del comportamiento **6.** Enfermedades del sistema nervioso **7.** Enfermedades del ojo y sus anexos **8.** Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides **9.** Enfermedades del sistema circulatorio **10.** Enfermedades del sistema respiratorio **11.** Enfermedades del aparato digestivo **12.** Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo **13.** Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo **14.** Enfermedades del aparato genitourinario **15.** Embarazo, parto y puerperio **16.** Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal **17.** Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas **18.** Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte **19.** Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa **20.** Causas externas de morbilidad y mortalidad **21.** Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud
Código del procedimiento	CUPS (Código Único de Procedimientos en Salud), INSU (códigos de insumos) y MEDI (códigos únicos de medicamentos)

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de suficiencia.

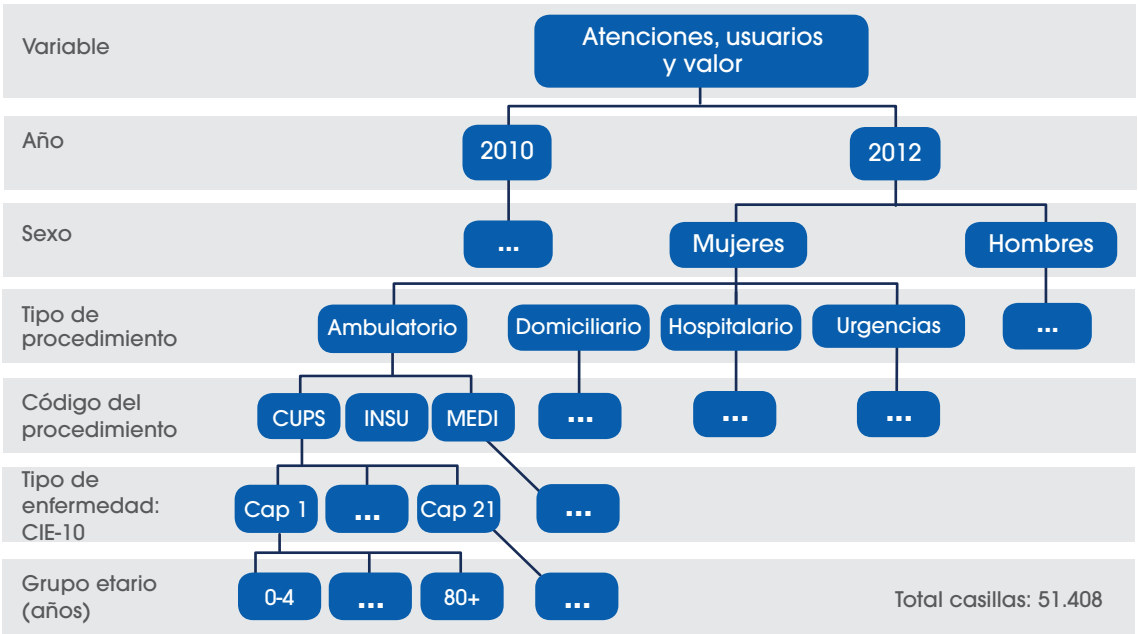
La base de suficiencia es la fuente que se utiliza para calcular la UPC, y en la que las EPS registran las prestaciones otorgadas y el precio de las mismas. Hoy en día contiene el 90 % de la información de las prestaciones de las EPS del régimen contributivo, que ha pasado primero por unos filtros de calidad (Caballero, Saavedra, Arcila, Franco, Díaz, Torres y Linares, 2014). Esta base también tiene registros de las EPS del régimen subsidiado, pero en la actualidad es una muestra muy pequeña y no representativa de este régimen.

Varios autores señalan que hay un problema de subregistro en la información de los RIPS y de suficiencia, y que la falla es más aguda en el régimen subsidiado. Por esta razón, y dada la inminente convergencia del plan de beneficios del régimen subsidiado al contributivo, para nuestras proyecciones decidimos usar la información del sistema contributivo y extrapolarla al régimen subsidiado.

La Figura 34 ilustra parte de la estructura de los datos empleados en el ejercicio de simulaciones. Esta desagregación presenta un total de 17.136 casillas de datos para cada variable (usuarios, atenciones y valor) y para los dos años (2010 y 2012), o 8.568 casillas desagregadas por año. Por último, complementamos la información del CUBO con la de la Base Única de Afiliados y con las proyecciones demográficas del capítulo 2.

Figura 34

Parte del árbol de desagregación de número de atenciones, usuarios y valor en el CUBO de suficiencia



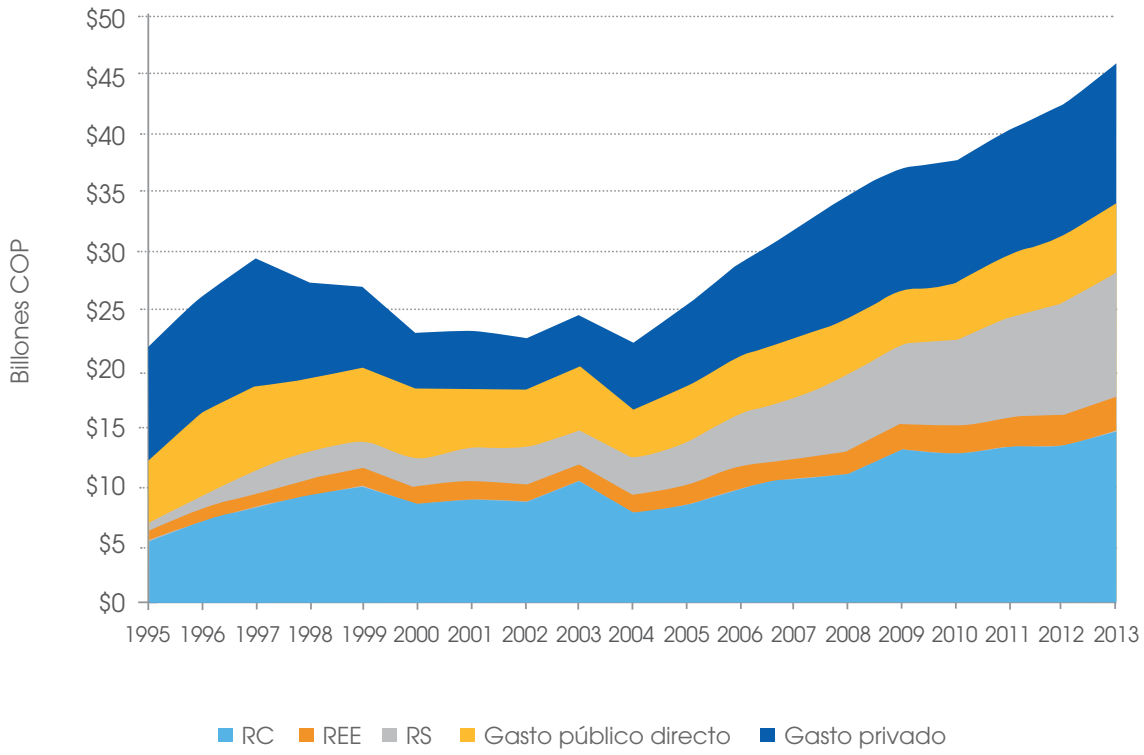
Fuente: CUBO de suficiencia del Ministerio de Salud, Base única de Afiliados y proyecciones del capítulo 2 de esta investigación.

5.5.3. Gasto en salud

El gasto agregado en salud en Colombia ha aumentado a un ritmo importante, y también se ha presentado una recomposición del gasto total (la Figura 35 ilustra la evolución de los diferentes componentes del gasto en salud a precios constantes). La participación de los distintos componentes del gasto ha registrado dos cambios marcados: un aumento en la participación del régimen subsidiado y una reducción del gasto privado (Figura 36). Esta tendencia es el resultado, principalmente, de la paulatina implementación de los objetivos de cobertura de la Ley 100.

Figura 35

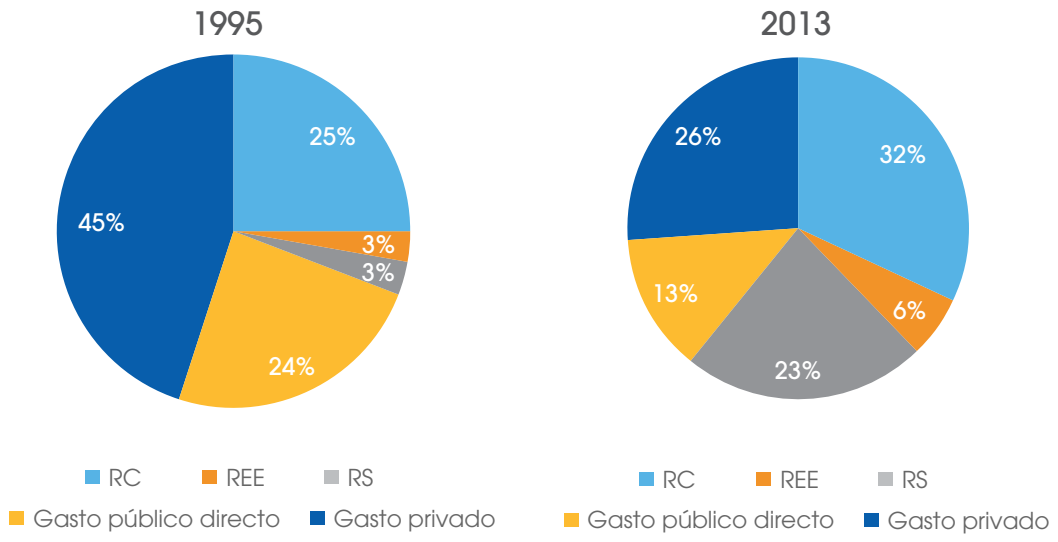
Gasto en salud por componente a precios constantes de 2013



Fuente: Cálculos propios a partir de Barón (2007) y Ministerio de Salud y Protección Social (2014).

Figura 36

Composición del gasto total en salud en 1995 (izq.) y 2013 (der.)



Fuente: Cálculos propios a partir de Barón (2007) y Ministerio de Salud y Protección Social (2014).

La Tabla 4 ilustra el incremento real del gasto en términos porcentuales para el periodo 1995-2013[27]. El gasto público total, compuesto por el gasto público directo y el aseguramiento en salud, creció un 204.8 % en el periodo de análisis. Por otro lado, el gasto en seguridad social (contributivo, subsidiado y especiales) tuvo un incremento sostenido que totalizó un 350.4 % entre 1995 y el 2013, y que obedeció a un aumento promedio anual del 12.9 % entre 1995 y el 2003 y luego del 7.95 % a partir del 2004. El crecimiento del gasto público directo se redujo entre 1995 y el 2003, como consecuencia del cambio del sistema de subsidios a la oferta por un esquema de aseguramiento en salud con subsidios a la demanda.

27 La serie empalma las cuentas nacionales en salud 1993-2003 con las series 2004-2013.

Tabla 4.

Crecimiento del gasto en salud por componente para el periodo 1995-2013

	Promedio anual 1995-2003	Promedio anual 2004-2013	Crecimiento total 1995-2013
A. Régimen contributivo (incluidos regímenes especiales)	10.2%	4.6%	186.8%
B. Régimen contributivo (sin regímenes especiales)	10.1%	4.4%	173.9%
C. Regímenes especiales y de excepción	11.4%	6.4%	288.6%
D. Régimen subsidiado	21.0%	14.0%	1303.5%
E. Total aseguramiento en salud (B+C+D)	12.9%	7.9%	350.4%
F. Gasto público directo	6.6%	1.1%	11.2%
G. Total gasto público (E+F)	10.3%	6.3%	204.8%
H. Gasto total privado	-7.1%	11.5%	22.7%
I. Gasto total en salud (G+H)	3.7%	7.2%	123.0%

Fuente: Cálculos propios a partir de Barón (2007) y Ministerio de Salud y Protección Social (2014).

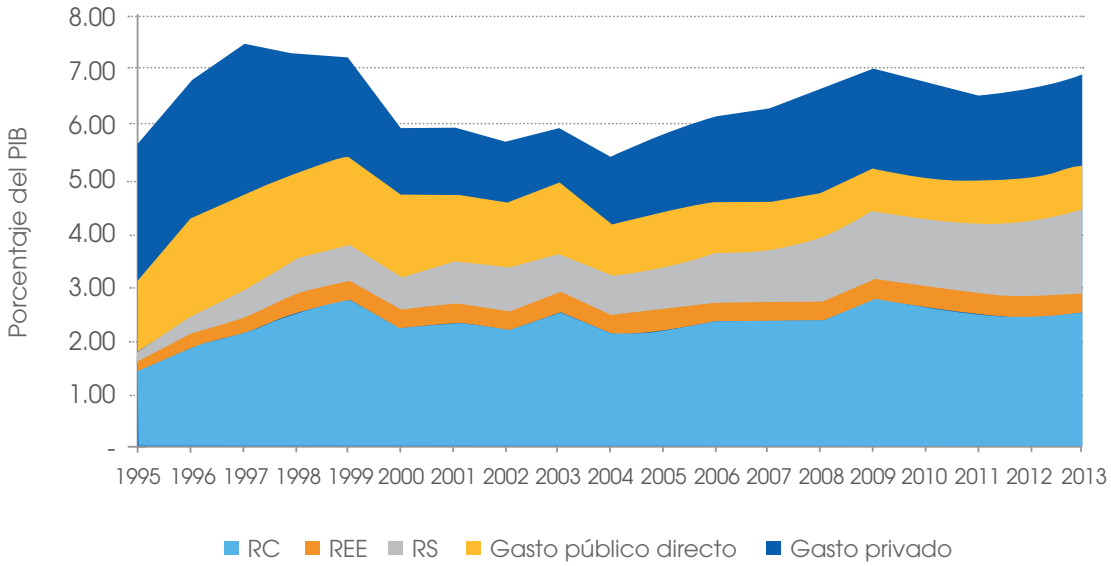
A raíz del aumento en la afiliación con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, y luego con la igualación del POS en el 2012, el régimen subsidiado registró un crecimiento del 1.303 % en todo el periodo (1995-2013). En las primeras etapas de ampliación de la cobertura, el crecimiento anual promedio en el gasto fue mayor: un 21 % entre 1995 y el 2003. Por su parte, el gasto en el régimen contributivo creció un 173 % entre 1995 y el 2013 y fue impulsado por el aumento en la afiliación, el crecimiento de los recobros entre el 2009 y el 2011, el posterior

establecimiento de valores máximos de reembolso en el 2011 y la actualización integral del POS ese mismo año. Si bien las actualizaciones del 2011 incrementaron el gasto del régimen contributivo, la imposición de valores máximos de reembolso de las tecnologías recobradas actuó en dirección contraria.

A pesar de este crecimiento acelerado en pesos constantes, el gasto se mantuvo relativamente estable en el periodo en su conjunto, aunque entre un periodo y otro tuvo variaciones importantes (Figura 37). Como porcentaje del PIB, todos los tipos de gasto crecieron entre 1995 y 1999. La crisis económica de ese año afectó el gasto en salud, y desde entonces, y hasta el 2004, el gasto como porcentaje del PIB se estabilizó en alrededor un 5.7 %. A partir de ese momento, y hasta el 2013, el gasto total aumentó: pasó del 5.37 % al 6.92 % del PIB. Es decir, el gasto en salud como proporción del PIB creció en cerca de un punto y medio en una década. La mitad de ese aumento se debe a incrementos en el gasto del régimen subsidiado. En el 2013, el gasto en aseguramiento (regímenes subsidiado y contributivo) había alcanzado un 3.5 % del PIB.

Figura 37

Gasto en salud por componente como porcentaje del PIB

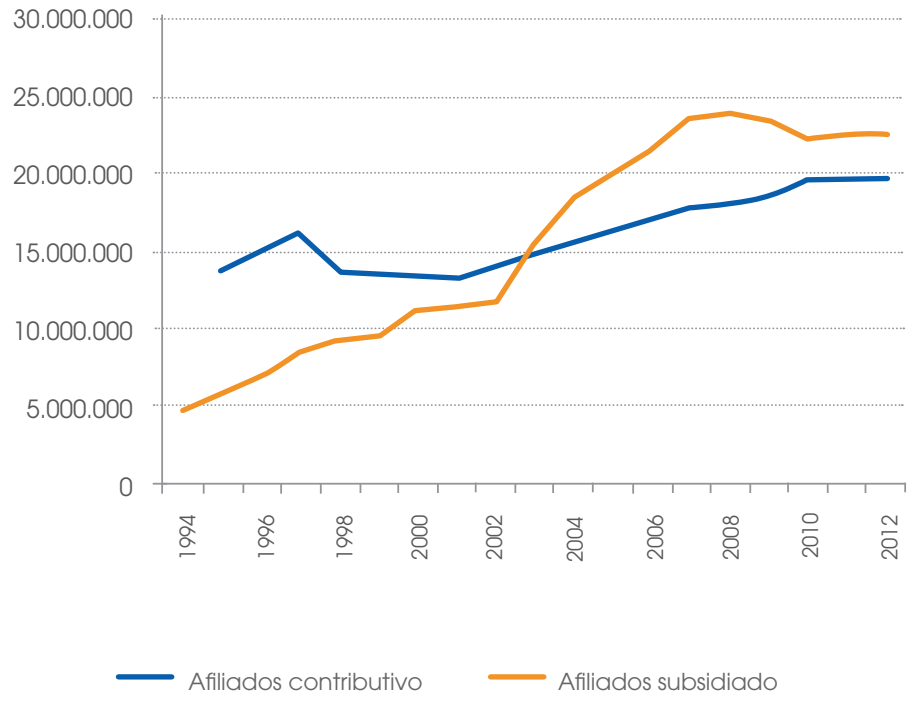


Fuente: Cálculos propios a partir de Barón (2007) y Ministerio de Salud y Protección Social (2014).

El incremento en el gasto en aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado responde tanto a la mayor cobertura como a los aumentos del paquete de beneficios. La Figura 38 ilustra los aumentos de la cobertura en los regímenes contributivo y subsidiado.

Figura 38

Afiliación por régimen (1994 a 2013). Número de personas



Fuente: Barón (2007) y Ministerio de Salud y Protección Social (2014).

La afiliación al régimen contributivo creció de manera sostenida, salvo durante el periodo de la crisis económica, cuando el desempleo alcanzó niveles del 20 %. Pero el incremento más acelerado lo tuvo el régimen subsidiado, que en 20 años logró cubrir a algo más de 22.5 millones de personas.

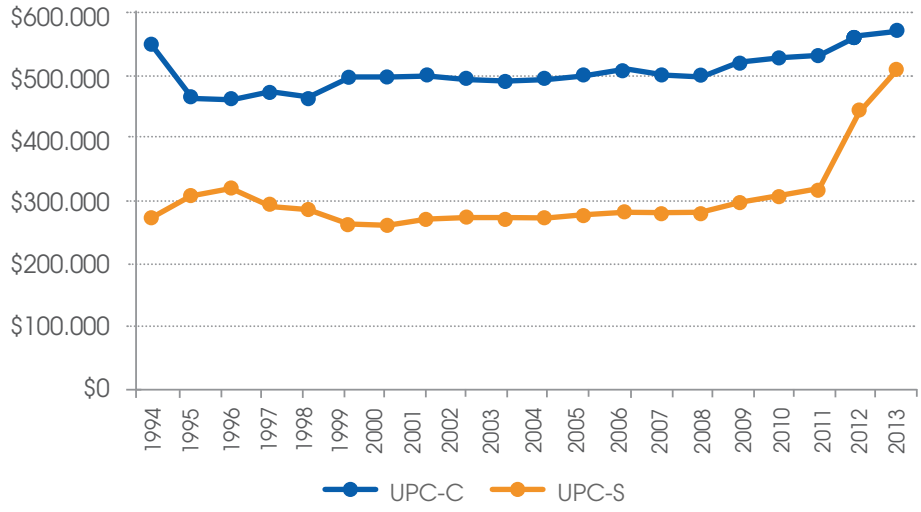
El incremento en el costo del paquete de beneficios se puede analizar a través del crecimiento de la UPC, que es el valor de la prima de aseguramiento. Se calcula

como el gasto en atención en salud –en el lenguaje de los seguros, lo que se conoce como el valor de los siniestros cubiertos en el POS–, más los gastos administrativos y las utilidades de las EPS, menos los ingresos por copagos, por cuotas moderadoras y otras fuentes que reciben las EPS. La UPC no incluye el valor de las tecnologías recobradas, pues estas no forman parte del paquete asegurado.

La Figura 39 presenta el valor de la UPC básica para los regímenes contributivo y subsidiado a precios constantes del 2013[28], que refleja el costo del paquete de beneficios. Entre 1995 y el 2013, la UPC del régimen contributivo creció un 3.7 % y la del subsidiado un 85 %. El promedio del crecimiento anual de la UPC del contributivo fue bastante moderado, sobre todo si se compara con la de la UPC del régimen subsidiado: mientras que el de la primera fue de un 0.29 %, el de la segunda fue de un 3.72 %. Las variaciones en los ritmos de crecimiento obedecen a que, en un principio, había diferencias en los POS que cubría cada sistema –estas se fueron cerrando con el paso del tiempo–. Ahora que el POS tiene una estructura unificada, parece razonable que la tasa de crecimiento de la UPCdel régimen subsidiado converja en la del contributivo.

Figura 39

Valor de la UPC para los regímenes contributivo y subsidiado a precios constantes del 2013



Fuente: Cálculos propios con base en los datos del Ministerio de Salud.

28 Vale la pena recordar que la estructura de la UPC varía según los rangos de edad y de género (Figura 31 y Figura 32). Aquí nos referimos a la UPC básica.

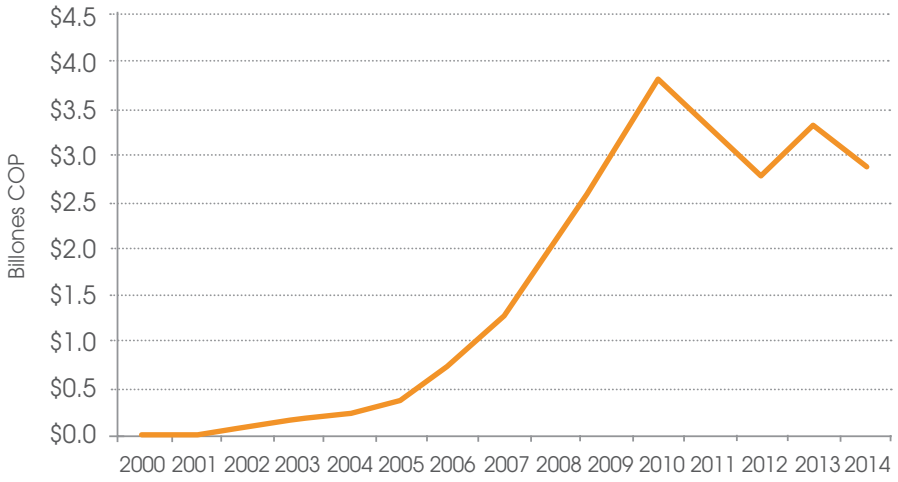
Además del incremento en la afiliación y del valor del paquete de beneficios, el gasto total en aseguramiento está determinado por el cambio de la estructura poblacional. La UPC varía por edades: es más alta para los menores de 4 años y los mayores de 60. En la medida en que la población envejece, los mayores de 60 años comienzan a tener más peso en la población total, y el gasto en aseguramiento aumenta.

Finalmente, el gasto total en aseguramiento en salud incluye el valor de los siniestros, independientemente de si son cubiertos por las EPS con recursos de la UPC o con otros ingresos. Ese gasto incluye el valor de los recobros, de ahí que su aumento explica también el auge en el gasto de aseguramiento entre los años 2004 y 2009.

La Figura 40 ilustra la evolución de los recobros. La medida de los valores máximos de reembolso, que puso un precio tope para las tecnologías recobradas, parece haber estabilizado la tendencia creciente de los recobros, que desde el 2003 venían presentando un aumento difícilmente sostenible.

Figura 40

Valor total de los recobros para el periodo 2002-2014 (precios constantes del 2013)



Fuente: Fosyga, 2013.

A continuación presentamos los datos de gasto obtenidos de la base de suficiencia, restringiéndonos al régimen contributivo. Estos gastos se refieren a la prima pura, es decir, el costo de atender los siniestros en salud. Como se indicó,

el subregistro en el régimen subsidiado es mayor que el del contributivo, y su representatividad es más bien poca (ver sección 6.5.2). El supuesto implícito en esta decisión es que los precios y las frecuencias de uso del régimen subsidiado se pueden comparar con los precios y frecuencias del régimen contributivo. Este no es un supuesto sólido: es de esperar que tanto las frecuencias de uso como los precios del régimen subsidiado sean menores. En este sentido, al aplicar las mismas frecuencias de uso y los mismos precios a los afiliados del régimen subsidiado podríamos estar sobreestimando el gasto. Pero en este momento, y con los datos disponibles, no es posible obtener una mejor estimación de costos para el régimen subsidiado.

Con base en esta información construimos el gasto en salud para el régimen contributivo por rangos de edad, diferenciando por código de procedimiento. Es decir, agrupamos las estadísticas diferenciando entre procedimientos, insumos y medicamentos, por un lado, y por diagnóstico asociado, usando las clasificación internacional de enfermedades CIE-10, por el otro.

Tabla 5.

Componente del gasto en salud del SGSSS en los mayores de 60 años (2012)

	Gasto total per cápita	Número de personas atendidas	Porcentaje de personas en el rango de edad que recibieron alguna atención	Número de atenciones por persona	Precio por atención
Menores de 60	398.585	13.134.679	63.05	4.61	131.801
60-64	1.040.792	636.242	82.10	6.12	130.808
65-69	1.385.685	499.162	85.36	6.41	130.339
70+	2.260.689	1.055.306	91.38	7.64	132.998

Fuente: Cálculos propios con base en el CUBO de suficiencia.

La Tabla 5 muestra el gasto per cápita y los componentes del gasto en salud para la población mayor de 60 años[29]. Entre los 60 y los 70 años, el gasto por cabeza

29 El gasto total per cápita no es lo mismo que la UPC. El gasto total per cápita corresponde únicamente a la parte de la prima pura de la UPC, y puede ser mayor o menor que esta, dependiendo de los gastos administrativos de las EPS (suman a la UPC) y los ingresos por conceptos de copagos, cuotas moderadoras (restan en la UPC) y otros componentes de la UPC.

se dobla. Este comportamiento obedece a que tanto el número de personas en el rango de edad que requieren alguna atención, como el número de atenciones que se les brinda a quienes lo solicitan, se incrementa. En efecto, mientras que solo el 63 % de los menores de 60 años requieren una atención en el año, el 91 % de los mayores de 70 años y el 85 % de las personas de 65 a 69 años requieren una atención. El número de atenciones en promedio por cada persona que la necesitó pasa de 4.6 a 7.6 entre los menores de 60 años y los mayores de 70. Vale la pena anotar que el precio por atención no varía significativamente por rangos de edad.

La Tabla 6 muestra la estructura del gasto en atenciones médicas por código de procedimiento para los mayores de 60 años. Si bien los insumos (audífonos, estent, marcapasos, etcétera) no son el componente más demandado por los mayores de 60 años, son los de mayor costo unitario. Los procedimientos (CUPS), que incluyen consulta médica, cirugía y diagnósticos, son demandados por casi el 50 % de los mayores de 60. A pesar de que los precios unitarios promedio de los procedimientos son relativamente bajos, contribuyen con la mayor parte del gasto de las personas en este rango de edad (un gran número de personas requiere procedimientos y entre esas se demandan varias atenciones). Por último, los medicamentos son demandados por el 40 % de los mayores de 60. Esta aparentemente baja cifra, unida a un costo unitario promedio bajo, hace que una proporción relativamente pequeña del gasto del SGSSS se destine a este rubro (15 % del gasto *per cápita*).

Tabla 6.

Componente del gasto en salud del SGSSS en los mayores de 60 años (2012)

	Gasto total per cápita	Número de personas atendidas	Porcentaje de personas en el rango de edad que recibieron alguna atención	Número de atenciones por persona	Precio por atención
Procedimientos	1.283.856	2.136.395	46.0	25.0	51.420
Insumos	774.342	637.350	13.7	4.2	184.120
Medicamentos	375.563	1.894.406	40.8	34.4	10.924

Fuente: Cálculos propios con base en el CUBO de suficiencia.

La Tabla 7 muestra la estructura del gasto en atenciones médicas, por diagnóstico de enfermedad, para los mayores de 60 años. Excluyendo el rubro "otras" (no clasificadas, mal clasificadas y otros contactos no especificados), los mayores de 60 son diagnosticados y atendidos, principalmente, por enfermedad circulatoria, que incluye enfermedad cardiovascular, hipertensiva y cerebrovascular; las tres se pueden prevenir y controlar. Le siguen las enfermedades de la sangre y las metabólicas, que agrupa diagnósticos de neoplasias, aplasias, anemias y enfermedades autoinmunes, desordenes de tiroides, diabetes y hormonales.

Tabla 7.

Estructura del gasto en atenciones médicas, por diagnóstico de la enfermedad, para los mayores de 60 años

	Gasto total per cápita	Número de personas atendidas	Porcentaje de personas en el rango de edad que recibieron alguna atención	Número de atenciones por persona	Precio por atención
Infecciosas	356.644	235.720	5.08 %	5.53	64.515
Tumores	1.769.130	167.393	3.61 %	11.86	149.194
Sangre, endocrinas y metabólicas	297.469	742.470	16.00 %	13.64	23.030
Enfermedades mentales y del sistema nervioso	413.513	306.229	6.60 %	7.91	53.513
Sistema circulatorio	676.386	975.805	21.03 %	25.26	26.778
Sistema respiratorio	647.367	440.652	9.50 %	12.54	51.643
Sistema digestivo	338.825	644.099	13.88 %	8.23	41.180
Músculos y huesos	290.398	695.239	14.98 %	8.35	34.765
Genitourinario	660.387	520.175	11.21 %	11.13	59.323
Enfermedades de los ojos, oídos y piel	201.723	812.164	17.50 %	4.50	46.822
Embarazos, afecciones neonatales y congénitas	574.278	21.684	0.47 %	4.70	117.110
Externas	479.088	318.054	6.85 %	6.06	77.773
Otras	461.780	2.560.803	55.19 %	20.52	24.880

Fuente: Cálculos propios con base en el CUBO de suficiencia.

De lo anterior se desprende que el impacto del envejecimiento poblacional se verá reflejado en unas mayores frecuencias de uso y en una proporción más alta de la población que recurrirá a los servicios médicos. También se puede esperar un incremento en la participación del gasto en insumos médicos y en las enfermedades circulatoria, de la sangre, endocrinas y metabólicas, que son las que más pesan en la población de más de 60 años.

5.5.4. Proyección de costos

A continuación presentamos una proyección de los costos de atención en salud hasta el año 2050. Se trata de unejercicio que, más que un intento por predecir o anticipar lo que ocurrirá en 20 o 30 años, lo que hace es ilustrar cuál podría ser el gasto si sus determinantes siguen las tendencias históricas. Este tipo de ejercicio es útil a la hora de diseñar políticas públicas, pues prevé cuál sería la brecha entre los recursos disponibles y los gastos proyectados, qué rubros del gasto tendrían mayor peso y cuáles podrían ser los componentes de mayor impacto en el gasto futuro si no hay intervenciones de política y los determinantes del gasto mantienen su tendencia.

Tratar de predecir qué ocurrirá en las próximas décadas siempre ha sido un ejercicio azaroso, y con frecuencia las proyecciones de largo plazo no coinciden con el resultado final. En el caso del gasto en salud es particularmente difícil tratar de predecir qué ocurrirá en 15 o 35 años. Estas predicciones, especialmente las que se apoyan en tendencias históricas recientes, prevén con frecuencia crecimientos del gasto muy por encima de los que terminan siendo (De la Maisonneuve y Martins, 2013). En muchos casos, estas proyecciones asumen que los gobiernos no intervendrán para controlar el crecimiento del gasto observado en el pasado reciente. Es poco probable que el gasto en salud supere los recaudos o que los hogares estén dispuestos a desplazar sostenidamente el consumo en otros bienes a cambio de salud o que los gobiernos y los consumidores permitan que el gasto alcance a representar porcentajes del PIB por encima del 15 o del 20 % (por lo menos no ha ocurrido hasta ahora). Antes de que esto suceda, los gobiernos o los agentes económicos intervienen y el gasto vuelve a las sendas sostenibles. Por esto las proyecciones de gasto, especialmente las que se basan en tendencias históricas, son más un referente para entender que ocurrirá si el gasto sigue su tendencia del pasado.

En lo que sigue discutimos algunos aspectos metodológicos y conceptuales de las proyecciones del gasto en salud.

5.5.4.1. Metodología y especificación

1. Modelos para estimar costos en salud y el efecto del envejecimiento de la población

Existen tres métodos principales para proyectar los costos en salud: modelos de equilibrio general o parcial computables; modelos de microsimulaciones; proyecciones o extrapolaciones macroeconómicas o combinaciones de estos métodos.

a. Modelos de equilibrio general y parcial computables

La primera metodología modela el comportamiento de los agentes para definir la cantidad de servicios de salud demandados, ofrecidos y la cantidad de recursos disponibles para el gasto en salud. Por ejemplo, modelan la respuesta de los prestadores y los aseguradores en función de los precios, la tecnología y el personal disponible, suponiendo usualmente que los prestadores y los aseguradores se comportan en favor de la maximización de las ganancias. Los usuarios maximizan la demanda de servicios de salud en función de su ingreso y de la utilidad de consumir servicios de salud o invertir en salud. Por otro lado, las firmas también pueden afiliar o formalizar a sus trabajadores dependiendo de los beneficios que esto les reporte en términos de la capacidad de atraer trabajadores y mantenerlos sanos. El gobierno, por otro lado, recoge impuestos e invierte. En el agregado, el producto interno bruto tiene que ser igual al consumo de otros bienes y servicios, más el consumo en servicios de salud, más el gasto del gobierno en salud y en otros sectores, más las exportaciones menos las importaciones. El crecimiento del gasto en salud, de otros sectores y de la economía, están intrínsecamente relacionados. Estos modelos captan interacciones que otros no recogen, como por ejemplo, que un gasto desmesurado en salud va a reducir el consumo de los hogares en otros bienes. Los agentes solo estarán dispuestos a gastar hasta el punto en que el sacrificio de otros gastos no reduzca su utilidad total. También captan el efecto de los costos en salud sobre la competitividad de la economía.

Estos instrumentos son usados fundamentalmente en Estados Unidos para modelar el gasto privado en salud, que corresponde a una fracción importante del gasto total en salud. Si bien es posible usarlos para predecir el gasto en salud en sistemas de aseguramiento público, su uso no se ha extendido en esta dirección.

Una variación menos utilizada para predecir los costos en salud son los modelos de equilibrio parcial computable. A diferencia de los de equilibrio general, estos no modelan toda la economía, sino solo el sector salud, sujeto a algunas restricciones macroeconómicas nacionales que se consideran exógenas al modelo.

Para la estimación de modelos de equilibrio general o equilibrio parcial, se usa información macro, como los ingresos y el consumo de los hogares, el gasto público, la cantidad de insumos utilizados, el consumo, el PIB per cápita, entre otros. También se usan parámetros derivados de modelos de comportamiento microeconómico de los agentes, como el cambio esperado en la compra de seguros o en las contribuciones deseadas con cambios en el ingreso o en los precios.

b. Microsimulaciones

Estos tratan de modelar el gasto en salud por pacientes, subgrupos de pacientes o enfermedades. Es decir, usan información microeconómica. Con este nombre, sin embargo, se encuentran varios tipos de metodologías. Un primer grupo proyecta los costos basados en regresiones; estas calculan el costo regional en salud, o de diferentes aseguradoras en función de la proporción de pacientes en ciertos rangos de edad y sexo, las tendencias de los precios en el sector salud, el PIB per cápita, el porcentaje de la población en áreas urbanas y otras variables que explican la variación de los costos en el tiempo y entre regiones o aseguradores. Los resultados de las regresiones arrojan un indicador –coeficiente–que captura la respuesta del gasto total a los cambios en cada una de las variables que lo explican. Por ejemplo, qué tanto aumenta el gasto en salud ante un crecimiento de la población femenina entre los 60 y 65 años, o ante un incremento de los ingresos. Con base en estos coeficientes se proyecta el gasto futuro variando el tamaño de las poblaciones, de los ingresos, de la ruralidad, etcétera.

La efectividad de este método depende de qué tan certeramente se puedan predecir las tendencias futuras de los determinantes en salud (población, ingresos, obesidad, cambio en el perfil epidemiológico).

La metodología de microsimulación más usada, sin embargo, es aquella que divide la población en subgrupos excluyentes entre sí (por ejemplo por edad, sexo y zona

de residencia), y que estima el costo de atención en salud de cada grupo, en diferentes categorías de atención (urgencias, consulta externa, hospitalización, cirugía, etcétera). En cada una de estas categorías calcula, además, el uso promedio de los servicios. Para proyectar el incremento en el gasto estima el cambio esperado del número de personas en cada uno de los subgrupos y proyecta incrementos de precios y uso de servicios con base en las tendencias históricas. Una variación de los modelos de microsimulación es el cálculo de lo que costaría atender una enfermedad en particular (por ejemplo, diagnósticos de CIE-10). A partir del costo de atención por enfermedad, y multiplicándolo por las prevalencias de cada enfermedad en los diferentes grupos de edad y sexo, se calcula el costo total. Posteriormente, para cada grupo, la variación en el costo al atender cada enfermedad se estima como los cambios de cada uno de sus componentes. Por ejemplo, para el grupo j (pacientes entre 60 y 65 años, mujeres, zona rural), el costo de la atención de la enfermedad i (enfermedad cardiovascular) será:

casos de la enfermedad (i, j)* # eventos promedio en la enfermedad (i)* # eventos tratados (j)* # intervenciones (volumen de servicios) por evento (i)* precio por evento

Otro subgrupo de microsimulaciones usa los modelos de Markov. Estos también dividen a la población en subgrupos excluyentes entre sí y calculan, con base en información histórica, el costo promedio de atención de los pacientes en cada subgrupo. Posteriormente estiman la probabilidad de transitar de un grupo a otro. Por ejemplo, un grupo de población puede ser mujeres entre 60 y 65 años con enfermedad crónica no complicada; otro puede ser mujeres entre 66 y 70 años con enfermedad crónica complicada y otro mujeres entre 66 y 70 años con enfermedad crónica no complicada. En un lapso de tiempo de cinco años, las mujeres en la casilla de enfermedad crónica no complicada podrían transitar hacia la casilla de enfermedad crónica complicada, permanecer en la casilla de enfermedad crónica no complicada o morir. Las proyecciones de costos en el tiempo se obtienen tomando una población con una distribución inicial en los diferentes subgrupos y observando cómo transitan en el tiempo entre casillas. El tránsito de una casilla a otra está gobernado por unas probabilidades de transición que se obtienen de datos históricos o de supuestos económicos, demográficos y epidemiológicos. El costo total dependerá del número de personas en cada subgrupo de población. La mayoría de los modelos de Markov asume que el costo de atención de cada subgrupo se

mantiene constante en el tiempo, pero este supuesto se puede modificar: se puede asumir, por ejemplo,que los precios se incrementan a medida que pasa el tiempo. Esto complejiza un poco la estimación.

Los modelos actuariales que usan las compañías de seguros para proyectar costos en salud se pueden considerar como un tipo de microsimulaciones. Las estimaciones actuariales también dividen a la población en subgrupos homogéneos excluyentes entre sí. Estiman la probabilidad de que cada grupo sufra un problema de salud y los costos de ese evento, y a partir de ahí el costo esperado en salud para cada subgrupo. Los modelos actuariales no proyectan cada uno de los componentes del costo para cada año (es decir, las probabilidades de sufrir un problema de salud, el número de personas en cada subgrupo y los costos esperados), sino para un año base y luego calculan el costo total de cada subgrupo con base en tendencias históricas. Es decir, asumen que todo seguirá creciendo como lo ha hecho hasta el momento.

Para las estimaciones microeconómicas se requiere información de los pacientes, las prestaciones y las enfermedades. Para calcular los costos, con excepción del método actuarial, se requieren también proyecciones de la población por edades, estimaciones del incremento de precios, cambios esperados del perfil epidemiológico y cambios en el uso.

Los modelos microeconómicos son los más comunes para proyectar costos entre las entidades gubernamentales e internacionales, con esquemas de aseguramiento social. Sin embargo, han probado ser más acertados para calcular costos en el corto plazo (menos de diez años) que en el largo plazo.

c. Modelos macroeconómicos

A diferencia de los modelos microeconómicos, los macroeconómicos son más efectivos en la proyección de costos en el largo plazo. Los defensores de la metodología macroeconómica argumentan que lo que determina el gasto en salud en el mediano y largo plazo es la disponibilidad de recursos, la cual está determinada, fundamentalmente, por el crecimiento económico. Los modelos de microsimulaciones en el largo plazo proyectan niveles del gasto en salud insostenibles (20 % del PIB, por ejemplo). Estos niveles implicarían una reducción sustancial del consumo, por lo que es claro que, antes que el gasto alcance esos topes, las fuerzas del mercado o la política económica intervendrán para frenar el crecimiento del gasto en salud. Por esta razón, estos modelos proyectan el gasto en

salud en función del crecimiento económico y del gasto rezagado. La diferencia entre estos modelos y los de equilibrio general computable es que mientras estos últimos calculan el gasto como un resultado del comportamiento de los agentes, los modelos macroeconómicos sencillamente estiman la relación entre el crecimiento económico y el gasto en salud y proyectan el gasto con base en el crecimiento esperado.

Los modelos macroeconómicos son los menos exigentes en términos de disponibilidad de información. Su desventaja es que no le dan información a los tomadores de decisiones sobre qué opciones elegir y sobre qué componentes actuar cuando el gasto está alcanzando niveles insostenibles. Estos modelos asumen que, de una u otra forma, el gasto se ajustará antes de que llegue a esos niveles.

5.5.4.2. Crecimiento por efectos demográficos

5.5.4.2.1. Metodología usada para el cálculo

El principal objetivo de este trabajo es proyectar el gasto en salud como consecuencia del incremento de la población mayor de 60 años. Por esta razón optamos por un modelo microeconómico. Este nos permite descomponer el gasto en salud por rangos de edad, género, diagnóstico y tipo de procedimiento.

Para cada rango de edad j, el gasto en salud total para el diagnóstico (o tipo de procedimiento) i se construye como:

$$G_{i,j} = N_i * \frac{A_{i,j}}{N_{i,}} * \frac{S_{i,j}}{A_{i,j}} * \frac{G_{i,j}}{S_{i,j}}$$

Donde N_i es el número de personas en el rango de edad i, $A_{(i,j)}$ es el número de personas atendidas en ese rango de edad en el diagnóstico j, $S_{(i,j)}$ es el número de atenciones en el rango de edad i en el diagnóstico j, y $G_{(i,j)}$ es el gasto por concepto de todas las atenciones que recibieron los pacientes en el rango de edad i, asociadas al diagnóstico j.

De esta forma, el gasto se puede expresar como el número de personas en el rango de edad, multiplicado por la incidencia del diagnóstico j en ese rango de edad

$[A_{(i,j)}/N_{(i,)}]$, multiplicada por el número de atenciones promedio que un paciente con ese diagnóstico recibe en un año $[S_{(i,j)}/A_{(i,j)}]$, multiplicada por el precio promedio de cada atención recibida $[G_{(i,j)}/S_{(i,j)}]$.

El gasto total es la suma de los gastos de todos los rangos de edad (R) en cada uno de los diagnósticos o procedimientos (D):

$$GT = \sum_{i=1}^{R} \sum_{j=1}^{D} G_{i,j}$$

La proyección del gasto se hace entones calculando cada uno de estos componentes. El cambio de N_i captará el cambio dela estructura y del tamaño de la población, es decir, el componente demográfico. El cambio en la incidencia del diagnóstico en el rango de edad $[A_{(i,j)}/N_{(i,)}]$ captará el cambio del perfil epidemiológico, $[S_{(i,j)}/A_{(i,j)}]$ dará cuenta del cambio en las frecuencias de uso y $[G_{(i,j)}/S_{(i,j)}]$ del cambio en los precios.

En este primer ejercicio proyectamos únicamente el crecimiento del gasto que responde al cambio demográfico. Es decir, asumimos que los demás componentes del gasto –perfil epidemiológico, frecuencias de uso y precios– permanecen constantes.

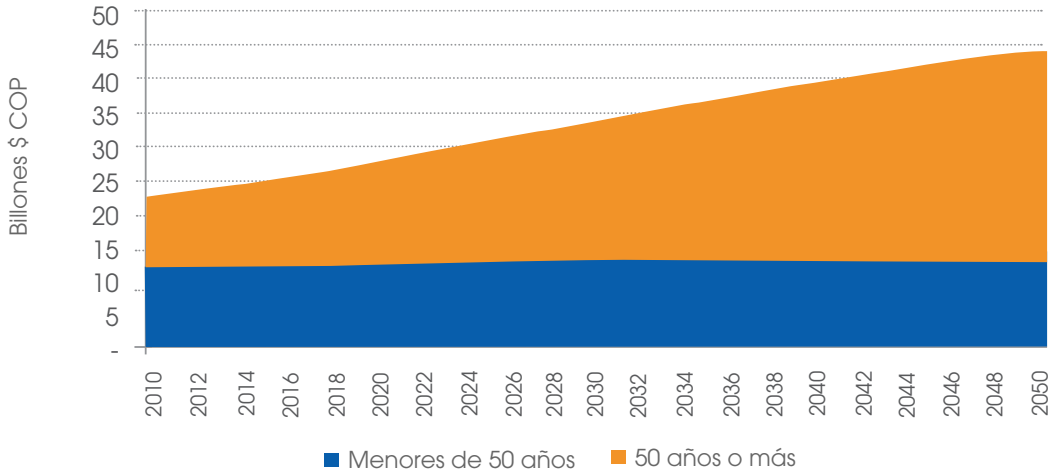
Hay que aclarar que no proyectamos el gasto en seguridad social, sino solo el gasto de la atención a los afiliados al régimen subsidiado y contributivo, es decir, el componente de la prima pura en la UPC o, en el lenguaje de los seguros, el costo total de los siniestros. Esto quiere decir que la proyección no incluye los gastos de administración del aseguramiento ni las utilidades de las EPS, que en Colombia, según lo fija la ley, son un 10 % del valor de la prima pura. Tampoco se incluye el gasto en medicamentos y tecnologías no incluidos en el POS. Como se usa el costo total de la atención, independientemente de con qué recursos se cubra, no se descuenta lo que pagan los pacientes con las cuotas moderadoras o copagos.

5.5.4.2.2. *Impacto del cambio demográfico en el gasto en salud*

La Figura 40 ilustra el crecimiento que tendría el gasto como consecuencia del cambio demográfico, y en dos grupos diferenciados: en los menores de 50 años y en los de 50 años o más. Prácticamente todo el aumento se concentra en la población mayor de 50 años, cuyo gasto se incrementa un 3.5 % promedio anual y casi se duplica en el periodo de análisis. Como consecuencia de esto, el gasto en atención en salud crecería un 98 % entre el 2010 y el 2050.

Figura 40

Gasto total proyectado del SGSSS para los mayores de 50 años y el resto (precios constantes 2012).

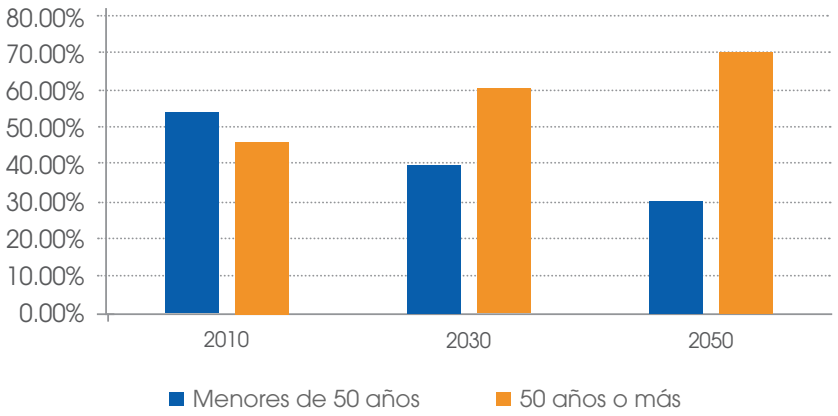


Fuente: Cálculos propios.

Es evidente que los cambios de los costos asociados a cada grupo etario afectan la composición del gasto. La distribución de costos por grupo etario aparece en la Figura 41. Mientras que la atención a la población menor de 50 años representaba en el 2010 la mayor parte de los costos del sistema de aseguramiento (53.91 %), la relación se invierte cuando esa composición se proyecta en el 2030 y el 2050: los costos de atender a los mayores de 50 representarían el 60.22 % y el 70.30 % respectivamente.

Figura 41

Participación por edad en el gasto total proyectado del SGSSS (precios constantes 2012)

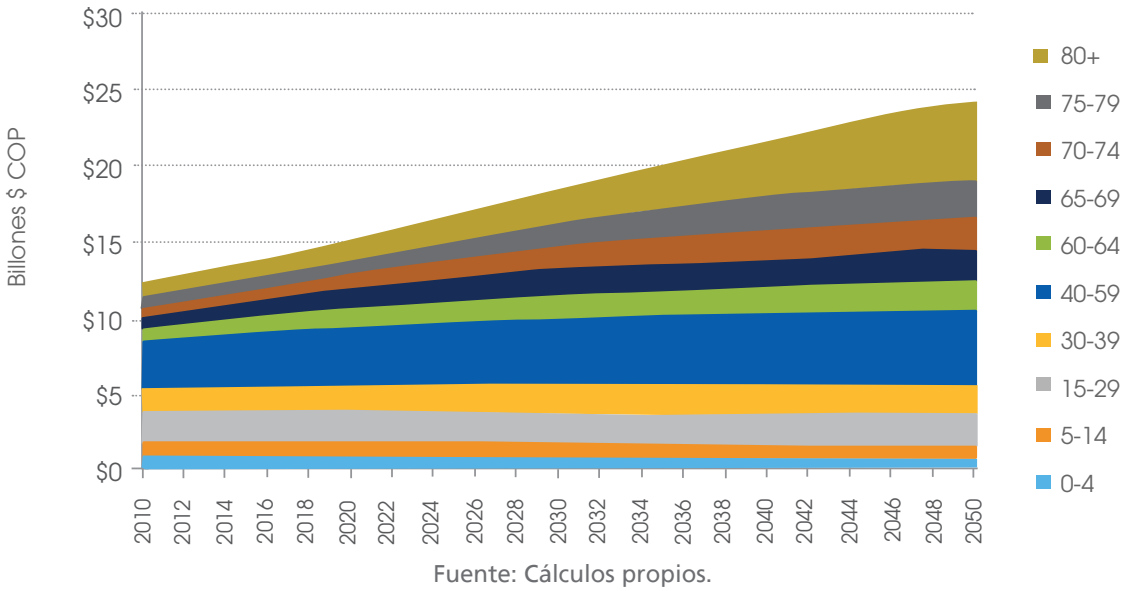


Fuente: Cálculos propios.

La Figura 42 ilustra los costos proyectados para las mujeres y la Figura 43 los de los hombres. El crecimiento más pronunciado lo registran las mujeres mayores de 40. La participación de este grupo en el gasto total de las mujeres pasa de un 7.7 % en el 2010, al 22 % en el 2050. Los hombres mayores de 80 años registran el segundo aumento más alto del gasto.

Figura 42

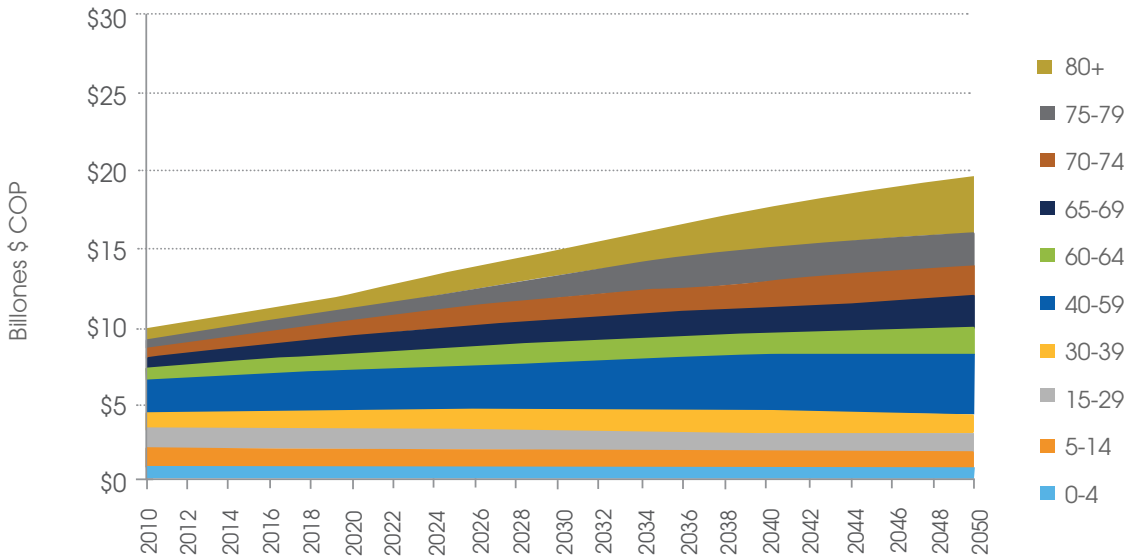
Gasto total proyectado del SGSSSen mujeres por grupo etario (precios constantes 2012)



Fuente: Cálculos propios.

Figura 43

Gasto total del SGSSS en hombres por grupo etario (precios constantes 2012)

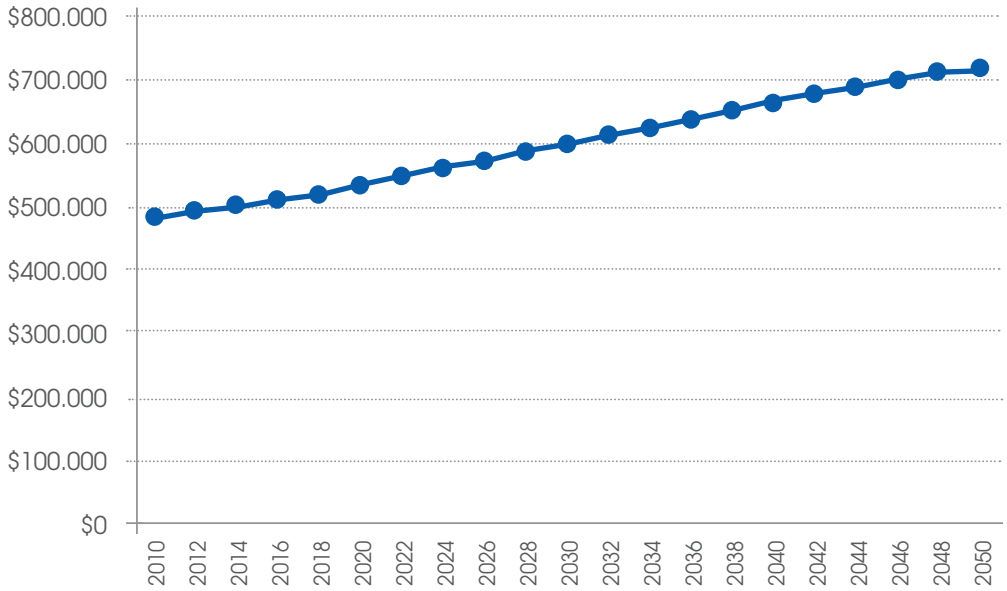


Fuente: Cálculos propios.

Estas diferencias entre las proyecciones por sexo responden a que si bien la expectativa de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, también la morbilidad entre ellas suele ser mayor. Esta variación de la carga de enfermedades por sexo genera los diferenciales que presentan las proyecciones.

En el agregado, las estimaciones presentan un cuadro consistente en términos del costo promedio per cápita. La Figura 44 exhibe los costos per cápita del sistema de salud si las incidencias por grupo etario y los costos de cada procedimiento se mantuvieran como los de hoy. En conclusión, el crecimiento anual promedio de los costos per cápita en salud, por efecto únicamente del cambio demográfico, sería del 0.98 %.

Figura 44
Costo per cápita promedio proyectado (precios constantes 2012)



Fuente: Cálculos propios.

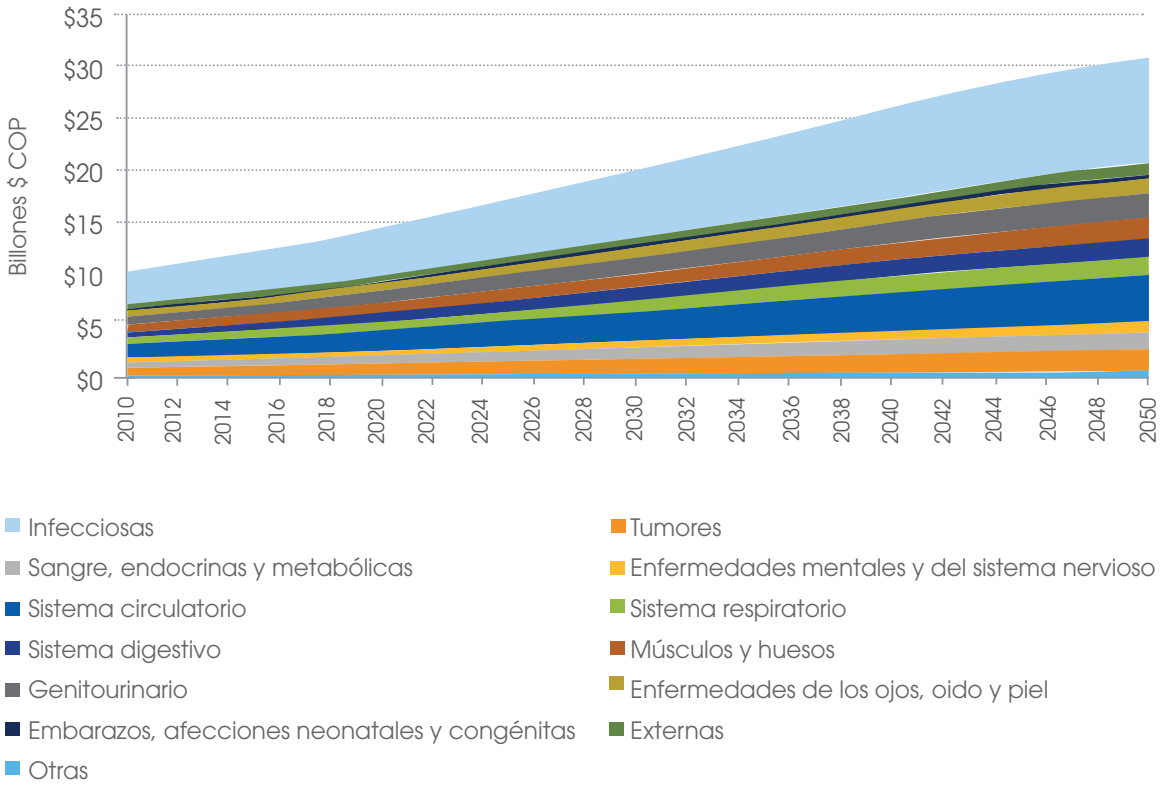
5.5.4.2.3. Impacto del cambio demográfico en el gasto en salud de las personas mayores

Si bien hay diferencias en el gasto por grupo etario, vale la pena desagregar el comportamiento del gasto en el grupo de las personas mayores para así determinar cuáles son los componentes más importantes del gasto en ese grupo. A continuación la evolución de ese gasto, dividido en los costos por enfermedad y por código de procedimiento.

Primero se analiza la composición del gasto por diagnósticos agrupados por CIE-10 (Figura 45). Es importante notar que las enfermedades con mayor carga en los gastos actuales y en los proyectados para las personas mayores son las enfermedades del sistema circulatorio; le siguen las enfermedades genitourinarias y después los tumores.

Figura 45

Gasto total del SGSSS por capítulo de diagnóstico CIE-10 (precios constantes 2012)

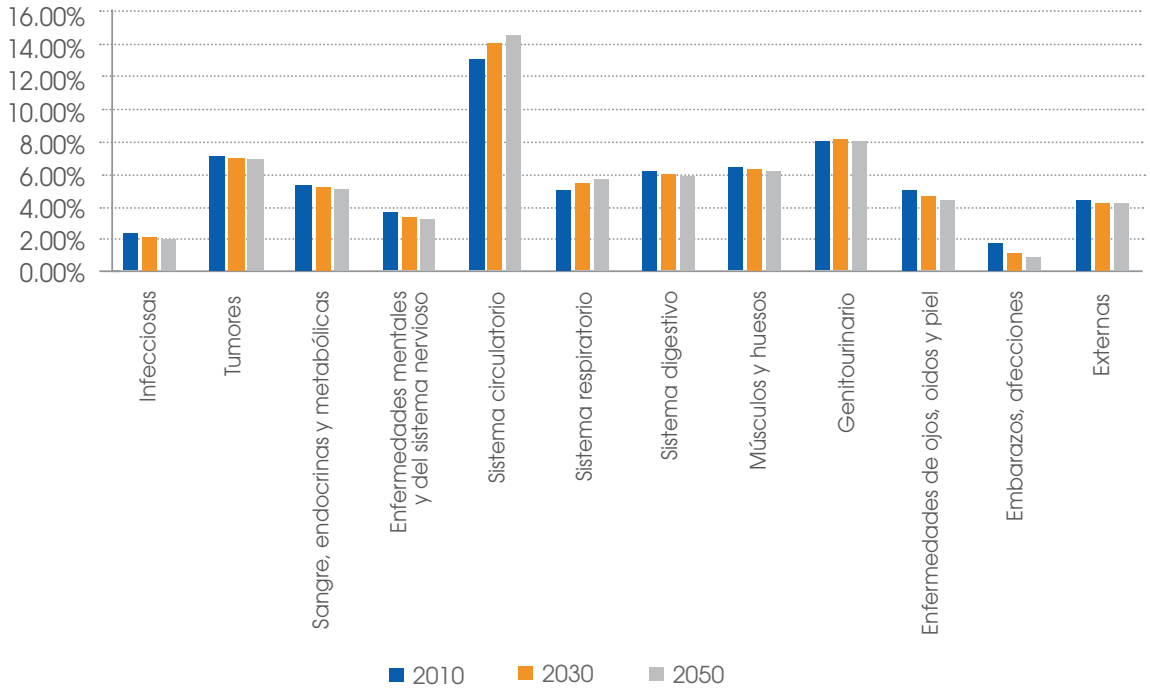


Fuente: Cálculos propios.

En términos de la composición porcentual del gasto por diagnóstico, el modelo anticipa que, si bien para algunos grupos de enfermedades hay variaciones en el largo plazo, a grandes rasgos las composiciones se mantendrán. La Figura 46 presenta la participación en el gasto de las enfermedades divididas en grupos para los años 2010, 2030 y 2050 –se excluyen las del grupo "Otras"–. El grupo que más aumenta su participación en el gasto es el de las enfermedades del sistema circulatorio. Es decir, no solo revisten importancia para las personas mayores por su carga actual en los costos de aseguramiento, sino por su tendencia a pesar en los costos aún más.

Figura 46

Participación por capítulo de diagnóstico CIE-10 en el gasto total del SGSSS



Fuente: Cálculos propios.

5.5.4.3. El efecto de otros determinantes en el aumento del gasto

5.5.4.3.1. Metodologías de proyección

Proyectar el incremento del gasto en salud por el efecto de otros determinantes diferentes al cambio demográfico es un ejercicio menos preciso, pues supone que se estime el crecimiento esperado de factores de alta incertidumbre. Entre estos componentes está el aumento de los precios, el incremento de los costos por cambios tecnológicos y las variaciones originadas en el cambio del perfil epidemiológico por efectos del desarrollo económico y el crecimiento en las frecuencias de uso.

La mayor dificultad está en estimar el aumento de los costos originado en el cambio tecnológico, pues este no es directamente observable. Es posible que el cambio tecnológico se pueda captar en un mayor costo por las mismas atenciones o

que se refleje en un crecimiento de la disponibilidad de atenciones para las mismas condiciones o para algunas otras que antes no se podían tratar.

Para hacer frente a esta dificultad,la literatura ha tomado dos rutas diferentes. La primera es estimar el cambio tecnológico en la atención de enfermedades particulares, como por ejemplo la atención de prematuros o de la enfermedad coronaria. Es imposible aplicar esta vía a todas las enfermedades, y no es claro que las estimaciones del cambio tecnológico se puedan extrapolar de una enfermedad a las demás.

La segunda alternativa es tomar el gasto en salud y estimar una regresión de este contra sus determinantes: crecimiento poblacional por rangos de edad, PIB per cápita, obesidad, consumo de cigarrillo y alcohol, nivel de ruralidad, frecuencias de uso, etcétera. El cambio tecnológico se estima como el residuo de esta regresión, que también arroja el efecto del cambio en cada uno de los determinantes de gasto en su crecimiento. Una vez calculados estos efectos, se proyecta cada una de las variables determinantes y se les suma la tendencia observada en el residuo. La mayor dificultad de esta metodología es que es necesario tener información de los principales determinantes del gasto (con prevalencia de la obesidad y del consumo de tabaco, que están entre los más difíciles de calcular) y poder estimar las tendencias futuras de los mismos.

En el caso colombiano no se tiene información de las variables que han demostrado ser importantes para estimar el impacto del gasto en salud, en particular el consumo de cigarrillo, la obesidad y las frecuencias de uso. Por esta razón optamos por otra metodología que describimos a continuación.

5.5.4.3.2. Metodología para la estimación

Para estimar el crecimiento por componentes diferentes al cambio poblacional se usa el crecimiento histórico del gasto del régimen contributivo de las cuentas financieras del sector salud (Barón, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) expresado en términos per cápita.

Partimos del crecimiento del régimen contributivo y no del subsidiado porque, como se mencionó, este último ha registrado aumentos acelerados por el auge de la cobertura y la equiparación de los planes de beneficios. La cobertura ya se estabilizó y los planes de beneficios se han igualado. Por esta razón, cabe esperar que el

crecimiento del gasto del régimen subsidiado en las próximas décadas se comporte como lo ha hecho el régimen contributivo en el pasado.

Para proyectar el crecimiento del gasto en atenciones en salud, se descompuso en dos el aumento del gasto por persona en el régimen contributivo: el que se debe al incremento de la afiliación, y el que responde al crecimiento de las demás variables. El gasto total por habitantes (GT/N) en el régimen contributivo se puede expresar como la fracción total que se encuentra afiliada (Na/N) por el gasto por afiliado (Ga).

$$\frac{GT}{N} = \frac{Na}{N} * Ga$$

Para proyectar el incremento del gasto en atenciones en salud se debe calcular el crecimiento promedio anual del gasto por afiliado (Ga). Este debe capturar el incremento total del gasto por persona que no se debió al aumento del número de afiliados, y no es otra cosa que el crecimiento del gasto por afiliado.

Este incremento incorpora el cambio de todos los componentes del gasto en salud que no se explican por el aumento de la afiliación: cambios en la estructura de la población, cambios epidemiológicos, en frecuencias de uso, cambio tecnológico y de precios. A partir del gasto per cápita del 2012 se obtiene la base de suficiencia y se proyecta el gasto en salud, haciéndolo crecer a la tasa en que lo ha hecho en el pasado el gasto per cápita del régimen contributivo. Para obtener el gasto total, se multiplica el gasto per cápita por la población colombiana total, partiendo del supuesto de que se llega a un 100 % de la afiliación, como lo busca el sistema y lo establece el plan de desarrollo.

El gasto per cápita del régimen contributivo creció en promedio un 3.8 % al año entre 1994 y el 2013 (Tabla 6). Sin embargo, en parte como consecuencia del aumento de los recobros, el crecimiento se aceleró a partir del 2003. En la última década (2003-2013), el gasto per cápita del régimen contributivo tuvo un crecimiento del 4.3 % al año.

Ahora bien, el gasto del régimen contributivo incorpora los recobros. Como se dijo, estos se han estabilizado a partir del establecimiento de los montos máximos de reembolso. No es fácil anticipar qué ocurrirá con los recobros en las

décadas venideras: por un lado se podría esperar que se mantengan estables como consecuencia del establecimiento de valores máximos de reembolso; pero por otro, es posible que como resultado de la Ley Estatutaria, que abre un espacio amplio para la cobertura de tecnologías no incluidas en el POS, los gastos en recobros mantengan su tendencia. Por esta razón contemplamos dos escenarios: en el primero se descuentan los recobros del crecimiento histórico del gasto, mientras que en el segundo se asume que crecen a la tasa histórica.

Además de los escenarios con la variación de los recobros, se contemplaron también dos escenarios de crecimiento histórico: el primero con el crecimiento observado entre 1997 y el 2013; y el segundo con el registrado a partir del 2005[30].

Un quinto y sexto escenario, los más conservadores, asumen que el gasto per cápita crece a la misma tasa de la UPC del régimen contributivo para esos dos periodos.

La Tabla 8 presenta el crecimiento promedio del gasto per cápita en los dos periodos, y la Figura 47 ilustra el comportamiento histórico del gasto real en salud a precios del 2013. En el Anexo 4 se presentan los datos completos del gasto.

Tabla 8.

Crecimiento del gasto per cápita en aseguramiento en salud

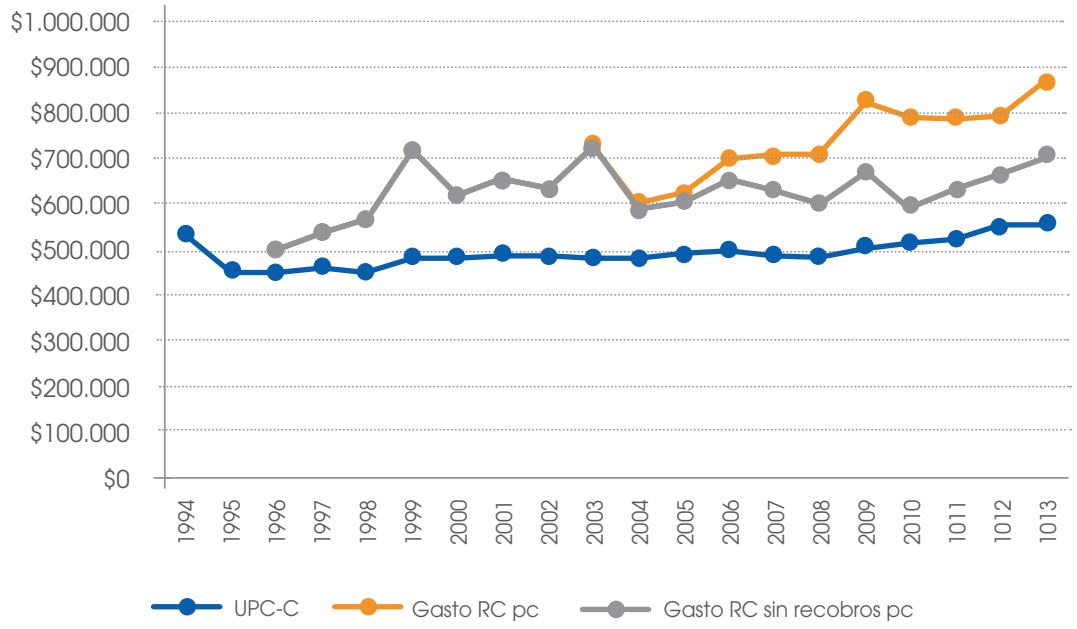
	1997-2013	2005-2013
UPC-Contributivo	1.26 %	1.61 %
Gasto RC per cápita	3.83 %	4.35 %
Gasto RC sin recobros per cápita	2.64 %	2.38 %

Fuente: Barón (2007); Ministerio de Salud y Protección Social (2014) y Así Vamos en Salud 2014.

30 Una alternativa para este periodo sería elegir el crecimiento promedio de la última década, es decir, desde el 2004. Sin embargo, dado que el año de empalme de las series de Barón es precisamente ese, preferimos utilizar los crecimientos de una misma serie, esto es, el crecimiento observado desde el 2005.

Figura 47

Distintas mediciones del gasto per cápita en salud en el régimen contributivo (precios constantes del 2013)



Fuente: Cálculos propios con base en Barón (2007);
Ministerio de Salud y Protección Social (2014) y Así Vamos en Salud 2014.

En términos reales, el gasto de la UPC creció por debajo del gasto per cápita total del régimen contributivo.

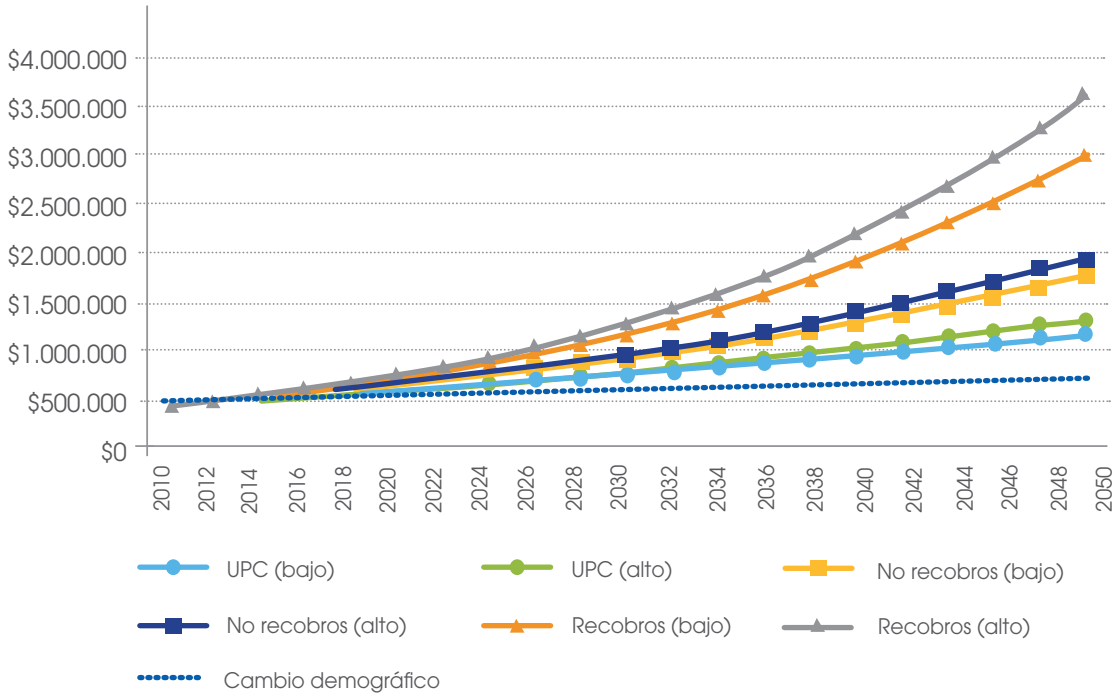
5.5.4.3.3. El impacto de factores no demográficos en el gasto en aseguramiento en salud

La Figura 48 muestra el resultado de la proyección de las diferentes medidas de gasto per cápita, partiendo de las tendencias de crecimiento histórico. En el año 2050, los costos reales per cápita se ubicarían en $720.000, solo por efecto del cambio demográfico (con un incremento del 47 %); entre $1.158.000 y $1.321.000 en caso de que el gasto creciera a la tasa de la UPC (con un crecimiento entre el 138 % y el 262 %); entre $1.761.000 y $1.935.000 si

aumentara al ritmo del gasto per cápita del contributivo sin recobros (equivalente a un crecimiento entre un 262 % y un 341 %); y entre $3.000.000 y $3.625.000 si creciera al ritmo del gasto per cápita, incluyendo los recobros (podría registrar un crecimiento de hasta el 465 %).

Figura 48

Escenarios proyectados del gasto per cápita por aseguramiento (precios constantes del 2012)

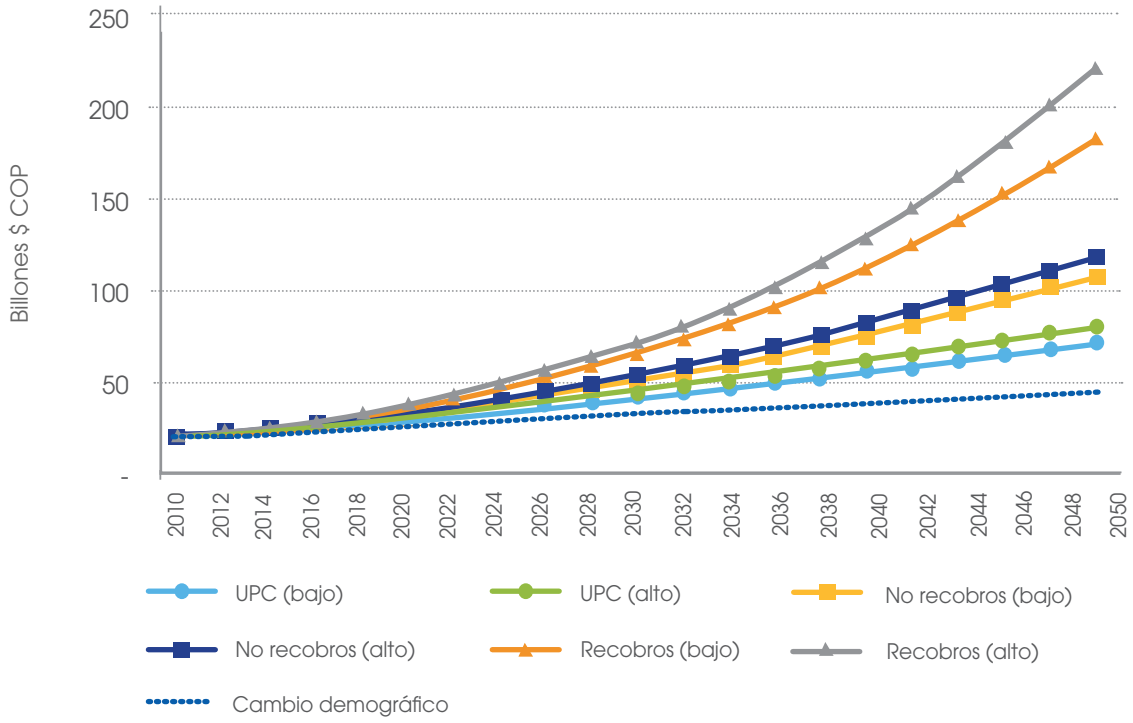


Fuente: Cálculos propios.

El gasto total se obtiene multiplicando este gasto per cápita por el número de afiliados (de nuevo, asumiendo un 100 % de afiliación) y partiendo de las proyecciones de la población.

Figura 49

Escenarios proyectados de gasto total por aseguramiento en salud (precios constantes del 2012).



Fuente: Cálculos propios.

La Figura 49 presenta los distintos escenarios proyectados a partir de los crecimientos históricos. El escenario más conservador se obtiene proyectando los aumentos del gasto per cápita a la tasa en que la UPC del régimen contributivo ha crecido en términos reales (líneas con marcadores en forma circular). En este caso, se espera que en el 2050 el gasto en salud por aseguramiento se ubique entre 70.7 y 80.7 billones de pesos a precios del 2012 (equivalente a un crecimiento entre el 236 % y el 284 %).

El segundo escenario se proyecta con las tasas de crecimiento del gasto, descontando los recobros (líneas con marcadores de forma cuadrada). En este contexto intermedio frente a los otros dos casos, el gasto se ubicaría en el año 2050 en 107.5 y 118.1 billones de pesos (equivalente a un crecimiento entre el 386 % y el 436 %).

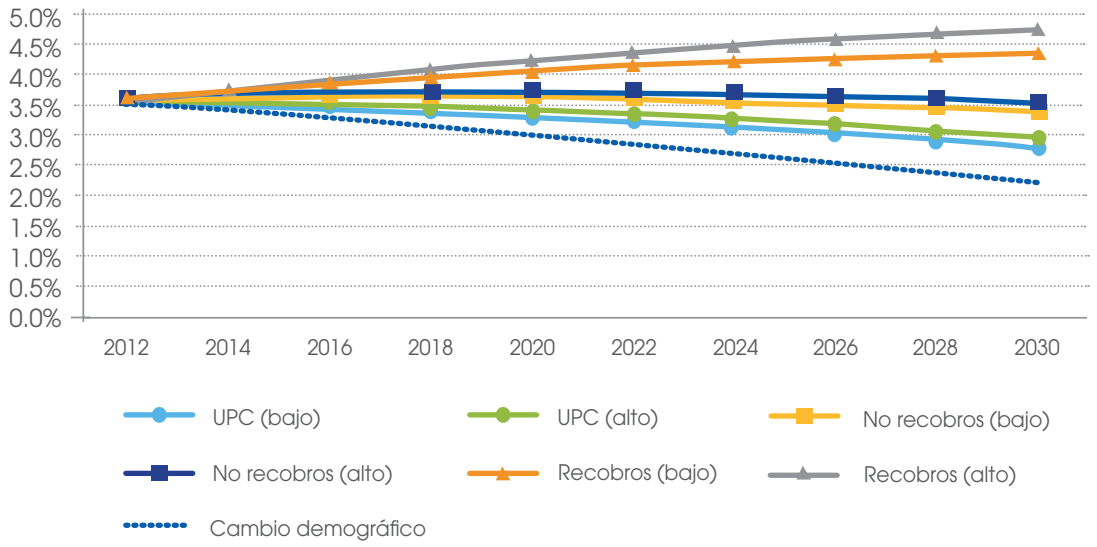
El escenario final presenta el gasto proyectado en caso de que los recobros no se estabilicen. Este es sin duda el escenario menos conservador, y plantearía que el gasto por aseguramiento podría llegar a estar entre 183 y 221 billones de pesos en el 2050 (equivalente a un crecimiento entre el 730 % y el 900 % aproximadamente).

En la Figura 50 aparece el gasto como porcentaje del PIB[31]. En el 2013, el gasto en aseguramiento en salud del régimen contributivo y subsidiado alcanzó a representar el 3.5 % del PIB, es decir, la mitad del gasto total en salud(incluido el gasto privado). Estas proyecciones dependen en buen grado del crecimiento proyectado para el PIB. Fedesarrollo estima que el PIB potencial crecerá a una tasa promedio anual del5.12 %;esto quiere decir que el gasto aumentará como porcentaje del PIB en aquellos escenarios en los que la suma del crecimiento poblacional y del gasto per cápita en atenciones en salud superen el 5.12 %.

En el primer escenario, el gasto en seguridad social en salud se mantiene estable en un 3.5 % hasta el año 2020, y comienza a reducirse hasta situarse entre un 2.8 % y un 3 % del PIB. La tendencia del segundo escenario también es estable: aumenta muy levemente hasta el año 2022, cuando se ubica en un 3.7 %, y comienza a reducirse hasta alcanzar en el 2050 los niveles registrados en el 2012: 3.5 % del PIB. Finalmente, en el tercer escenario, la serie crece en forma sostenida, pero cada vez más plana, hasta situarse entre un 4.4 % y un 4.8 % del PIB.

Figura 50

Escenarios proyectados delgasto total del SGSSScomo porcentaje del PIB



Fuente: Cálculos propios.

31 Se parte aquí del escenario base de la serie proyectada del PIB de Fedesarrollo con base en el modelo de crecimiento de largo plazo.

Si el gasto en aseguramiento en salud solo creciera por el cambio demográfico, el gasto en salud como porcentaje del PIB se reduciría. Sin embargo, este no es un escenario plausible. Como ha sucedido históricamente en Colombia y en el mundo, otros factores presionarán el gasto. Los escenarios más probables, basados en el crecimiento histórico del gasto en aseguramiento en el régimen subsidiado y contributivo, sugieren que el gasto como porcentaje del PIB, en el mejor de los casos, se mantendrá estable en alrededor un 3.5 %. Esto es si los recobros siguen la tendencia que han tenido hasta ahora. Si por el contrario, los gastos en tecnologías no incluidas en el plan de beneficios vuelven a crecer a las tasas del 2004 y el 2013, quizás como consecuencia de la Ley Estatutaria, el gasto en aseguramiento en salud (RC y RS) podría alcanzar un 4.8 % del PIB. A cuánto ascienda el gasto total dependerá de cómo evolucione el gasto público directo, el gasto de los regímenes especiales y el gasto privado. Si los demás gastos en salud mantienen su participación actual en el PIB (3.5 % en total), lo que equivale a suponer que crecerán al 5.12 %,es posible que el gasto total sea de un 8.3 % del PIB.

También es probable que el incremento del gasto en seguridad social desplace al gasto público directo, con consecuencias preocupantes para la salud pública y otros programas institucionales y de apoyo a la red hospitalaria. En todo caso, con un crecimiento del PIB proyectado del 5.12 % promedio anual y si (y solo si) este se traduce en mayores contribuciones y recursos fiscales, sí habría espacio para un incremento importante de los recursos para la salud sin poner en riesgo la estabilidad financiera. Las reclamaciones no POS serán el factor que decida la sostenibilidad del sistema.

Es claro que el incremento del gasto en salud estaría impulsado por el crecimiento de otros factores no demográficos–el cambio tecnológico, el aumento de las frecuencias de uso, los mayores precios y el cambio del perfil epidemiológico–. En general, esto es consistente con la literatura internacional, según la cual el crecimiento que obedece a factores demográficos no explica más de una cuarta parte del aumento del gasto, mientras que los demás factores explican dos terceras partes.

Los resultados muestran un incremento importante de la participación del gasto de los mayores de 60 años en el gasto total, que pasa del 46 % al 70 % en el 2050. Esta transición implicará también una mayor participación y el crecimiento del gasto de las enfermedades cardiovascular y respiratoria.

Por el cambio demográfico, el gasto aumenta un 98 % (un promedio anual del 3.5 %). Este gasto se reduciría como porcentaje del PIB, dado el crecimiento potencial del 5.12 % anual que asumen las proyecciones. Si se tienen en cuenta otros factores además de los demográficos, y si los recobros mantienen su crecimiento de la última década, el aumento podría estar entre un 380 % y un 900 %; el gasto en aseguramiento en salud, por consiguiente, estaría entre un 3.5 % y un 4.8 % del PIB.

5.6. Conclusiones y recomendaciones de política

El perfil de morbilidad de la población mayor de 60 años en Colombia no difiere mucho del de otros países. Como en los países desarrollados, también en el nuestro las enfermedades crónicas son la principal causa de morbilidad y mortalidad. La hipertensión arterial es, por su parte, la enfermedad de mayor incidencia entre las personas mayores. La diferencia en la prevalencia para las personas entre 40 y 45 años y las mayores de 80 años es de 39 puntos porcentuales, esto es, del 5.1 % al 44.1 %. Esto quiere decir que la probabilidad de que los mayores de 80 años sufran hipertensión es cerca de nueve veces la de las personas entre 40 y 45 años. A partir de los 45 años, la prevalencia de hipertensión se dispara: a los 55 años ya es del 22 %. Este fenómeno reviste particular importancia en la medida en que la hipertensión y sus complicaciones pueden ser prevenidas, y que esta enfermedad puede acarrear problemas severos de discapacidad, particularmente por accidentes cerebrovasculares y por la enfermedad renal crónica, esta última con grandes costos para el sistema de salud.

Después de la hipertensión, las enfermedades que más afectan a las personas mayores son la artritis, la diabetes y los problemas cardiacos. Estos últimos, y los accidentes cerebrovasculares, son la principal causa de muerte: responden por el 21 % y el 9 % de las muertes de personas mayores. Tanto la diabetes como los problemas cardiacos se pueden prevenir con hábitos de vida saludables, y los accidentes cerebrovasculares son en gran medida causados por la hipertensión, que también se puede prevenir y controlar.

Disminuir el impacto de estas enfermedades en la calidad de vida dependerá de que se pongan en marcha modelos de atención que privilegien la promoción y la prevención en salud, y la captación temprana de diabéticos, hipertensos y personas en riesgo de enfermedad cardiaca.

Aún persisten las diferencias en el perfil de morbilidad entre mujeres y hombres y en las zonas rurales y urbanas. En general, las mujeres reportan una mayor carga de morbilidad y más problemas de salud. La brecha aumenta con la edad. Por otro lado, algunas enfermedades presentan diferencias de prevalencia importantes entre las zonas urbanas y las rurales en la población mayor de 60 años: diabetes, problemas cardiacos, cáncer y enfermedad renales. Esto puede deberse a los mejores hábitos de vida en el campo, pero quizás lo explique mejor un subdiagnóstico en las áreas rurales: como el acceso a los servicios de salud es más difícil, las personas del campo con estas enfermedades se trasladan a las ciudades para recibir atención.

El 94 % de la población mayor de edad está asegurada, sin diferencias entre las zonas rurales y urbanas. La tasa de aseguramiento es más alta en las mujeres. Un buen indicador del desempeño del sistema es que los mayores de 60 años no enfrentan mayores dificultades para asegurarse, comparados con otros rangos de edad. De hecho, el porcentaje de población asegurada es creciente con la edad. Del 6 % de los mayores de 60 años que reporta no estar asegurado, el 37 % aduce problemas de dinero como la principal razón de la no afiliación.

En términos de acceso, medido como el porcentaje de personas que consulta ante una necesidad, tampoco hay diferencias entre los mayores de 60 años y otros grupos de población, ni entre hombres y mujeres: el 95 % de las personas pudo acceder a los servicios cuando los necesitó. Sin embargo, hay diferencias importantes entre las áreas rural y la urbana. Las personas no consultaron, principalmente, porque consideraron que el caso era leve y no lo ameritaba (44 %); le siguieron la inconformidad con la calidad de la atención (31 %) y la falta de dinero (19 %).

Además de la protección financiera que ofrece el aseguramiento, los pagos de bolsillo de los asegurados son bajos: solo el 2 % reporta haber usado recursos propios para pagar parte o la totalidad de los servicios.

Lo anterior indica que los mayores de 60 años están protegidos financieramente ante eventos en salud y que tienen acceso a los servicios cuando los necesitan. Sin embargo, aún hay un 6 % de personas mayores que no está asegurado y un 1.5 % que no consulta porque no confía en la calidad de la atención.

El estudio cualitativo corroboró la insatisfacción con la calidad del servicio: los entrevistados manifestaron que no les interesa estar afiliados porque el sistema no responde a sus necesidades ni se interesa por su salud.

Al revisar los determinantes de la salud y los factores de riesgo de la población mayor de 60 años, encontramos que el 72 % de ellos no hace suficiente ejercicio. La encuesta no permite estudiar las cantidades consumidas de alcohol, que es el principal factor de riesgo para algunas enfermedades crónicas, pero sí indica que, en promedio, el 27 % de los hombres mayores de 60 años consume alcohol al menos una vez a la semana. El consumo de cigarrillo disminuye rápidamente con la edad, y la evidencia indica que ha caído en todos los rangos de edad. Aún así, el 22.9 % de los mayores de 60 años reporta que fuma en la actualidad y el 42 % que lo hizo alguna vez.Todavía hay mucho por hacer para disminuir la incidencia de enfermedades asociadas al consumo de cigarrillo, de alcohol y a la falta de ejercicio. La evidencia es consistente en mostrar los beneficios del ejercicio en los factores de riesgo asociados con enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular, y el efecto negativo del consumo de cigarrillo en la enfermedad coronaria, el cáncer y las enfermedades respiratorias, todas estas dentro de las primeras cinco causas de morbilidad y mortalidad en los mayores de 60 años.

La evidencia cualitativa confirma que las personas mayores no adoptan estilos de vida saludables para cuidar su salud, pues en general creen que esta no depende de sus hábitos, sino que es un evento fortuito que no pueden controlar. Esta percepción es un reto para las campañas de promoción y prevención, y lo es aún más si se tiene en cuenta que, según la evidencia internacional, el nivel educativo es el principal determinante del estado de salud y del cuidado. El modelo estimado para Colombia confirma los resultados: al controlar por ingreso, nivel de ruralidad, género y otros factores, la educación es el principal determinante del estado de salud. El modelo no controla por factores estresantes, que en general están correlacionados con la educación, de modo que el alto impacto del nivel educativo en el estado de salud puede estar captando este efecto. Aún así, es muy probable que el resultado también recoja el efecto causal de la educación en el estado de salud, que ha sido sistemáticamente confirmado por la literatura internacional. En efecto, las personas más educadas entienden y siguen mejor las instrucciones del médico y son conscientes de que el estado de su salud depende en gran parte de sus hábitos de vida.

El envejecimiento de la población colombiana, como se señaló, va a requerir que los sistemas de pensiones, cuidado, protección social y salud se ajusten. En el caso particular del sistema de salud, nuestras estimaciones indican que por el solo cambio demográfico, el gasto en salud en el régimen contributivo y subsidiado por prestaciones en saludo en el POS (sin incluir recobros) va a crecer un 98 % de hoy al

2050. Este crecimiento asume que los perfiles de morbimortalidad, los precios, los patrones de consumo y el crecimiento tecnológico se mantienen constantes. Si suponemos que estos factores cambian, el incremento del gasto en aseguramiento en salud (regímenes contributivo y subsidiado) podría pasar del 3.5 % del PIB al 4.8 % del PIB en el escenario de mayor crecimiento –explicado en su mayoría por factores no demográficos–. Las proyecciones son particularmente sensibles a la evolución del gasto por tecnologías no incluidas en el POS. Es decir, que las consecuencias que pueda tener la Ley Estatutaria en el gasto por tecnologías fuera del POS serán determinantes en las próximas décadas. Si el gasto por tecnologías no incluidas en el POS conserva los niveles actuales, el gasto en aseguramiento en salud se podría mantener cercano al 3.5 % del PIB de hoy.

El análisis demográfico indica que las enfermedades crónicas en el país van a aumentar en los próximos años y que el gasto en salud crecerá sustancialmente. La prevención de ciertas enfermedades crónicas y de alto costo es una prioridad. Nuestra recomendación es que el país se embarque en un programa serio de educación en salud y que adopte un modelo de atención que promueva la prevención. Una población adulta más sana genera menores costos, aun si aumenta la expectativa de vida. El incremento de los costos por una mayor expectativa de vida en una población más sana es inferior a los que genera una población que vive menos, pero que anualmente gasta más.

Para atender el incremento de los costos y mejorarla salud, recomendamos cuatro estrategias:

Primero, centrar la atención en la captación temprana de la hipertensión, la hipercolesterolemia (colesterol alto) y la diabetes. Para ello se recomienda aplicar el piloto de los mecanismos de pago por desempeño que se está desarrollando para la enfermedad renal crónica, hacerlo extensivo al control de la hipercolesterolemia y ampliar el seguimiento y la auditoría de la Superintendencia de Salud y del Ministerio hacia estas tres acciones. Es indispensable, también, hacer seguimiento a la obesidad y promover el ejercicio en los mayores de 60 años.

La captación temprana y la prevención deben enfocarse en la población de 18 a 45 años. En el sistema actual, está población es invisible: hay programas de atención a la niñez, maternoinfantil, enfermedades infecciosas y de transmisión sexual, pero ninguno apunta a la población de 18 a 45 años, tal vez por serla población más saludable. Sin embargo, es justamente en estas edades cuando

empiezan a pesar los factores de riesgo que más adelante se manifiestan como enfermedades crónicas.

Un reto de hoy es cerrar la brecha regulatoria en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Hay factores de riesgo muy claros que afectan la salud de las comunidades –patrones nutricionales inadecuados que terminan en obesidad epidémica, consumo de tabaco y otros desafíos medioambientales y sociales–y frente a los cuales hay que tomar medidas que incluyan una reglamentación clara y estricta (Walls, Wallsy Loff, 2012). Las acciones gubernamentales que contribuyen a disminuir las muertes prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en una meta de los indicadores del milenio. Además de estos factores, también es necesario limitar el consumo de sal y alcohol, y hacer un seguimiento temprano de la tensión arterial y la glicemia, entre otros (Tool, Africa, y United health, 2014).

Si bien el gran reto es la prevención primaria de las enfermedades crónicas no transmisibles, la prevención secundaria es una pieza clave para disminuir las comorbilidades y las discapacidades asociadas. Es fundamental, por consiguiente, consolidar la investigación sobre las terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, entre las que se destaca el autocuidado, una estrategia prometedora para el tratamiento de las condiciones crónicas. Este mecanismo orienta al individuo en la identificación activa de dificultades y retos y en la solución de los problemas relacionados con su enfermedad. La autogestión en salud es vista como un importante potencial en todo el espectro de la prevención, pues crea tempranamente un patrón de salud en el curso vital y da herramientas que mitigan la enfermedad y la posterior gestión a medida que la persona se vuelve más vieja (Grady y Gough, 2014).

Finalmente, una meta de los indicadores del milenio es el impulso a las acciones gubernamentales que contribuyan a disminuir las muertes prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles. Se trata de acciones integrales en diferentes líneas, acompañadas todas del seguimiento de los indicadores del impacto en la población y de las respuestas tempranas a los hallazgos (Tool et al., 2014).

La segunda estrategia es cambiar el modelo de atención vigente, hacia otro en el que las personas tengan un médico de familia o general, que conozca el perfil de riesgo del grupo y el estado de salud de sus miembros. Cuando las personas van al especialista, suele ser demasiado tarde. El monitoreo y el control

deben ser prioritarios y rutinarios. Esto es más fácil si existe una relación estable de confianza entre el médico y el núcleo familiar. Los retos que implica implementar este modelo son enormes. El cambio ha de ser drástico: debe partir de la formación de los médicos y de los trabajadores de la salud en las universidades, para luego continuar con la formación en el trabajo colaborativo y de grupos interdisciplinarios, con la mira en la responsabilidad médica y en el impacto colectivo de sus decisiones, más allá del bienestar del paciente y de la autonomía profesional. El sistema, por otra parte, debe encontrar incentivos para empoderar a los médicos generales y de familia, y debe encontrar la forma de estimular a los estudiantes de hoy para que se dediquen a estas ramas de la medicina y dejen de pensar en las especializaciones y en las tecnologías de punta como el único escenario de ejercicio profesional posible.

El modelo de salud de hoy no le sirve a la población rural, no le llega, sobre todo a la que habita en las zonas más dispersas. El país viene trabajando en un modelo de salud diferencial, con estrategias específicas para llegar a esa población. El modelo se basa en un esquema de atención primaria en el que, además de equipos extramurales fuertes, hay una mayor presencia del personal de salud comunitario y de los promotores de la salud cerca a las comunidades. Se debe continuar en esta dirección.

La cuarta estrategia tiene que ver con la educación que, como lo señala la evidencia internacional, juega un papel importante en la percepción que tienen las personas sobre su capacidad de cambiar su estado de salud. Es indispensable explorar mecanismos que lleguen de manera efectiva a la población y que contemplen la educación en el cuidado de la salud desde temprana edad. En este frente hay que ser innovadores, pero también hay que aprender de experiencias exitosas que han logrado incentivar a la población en general a modificar sus hábitos de vida por unos más saludables –consumir menos azúcar, grasas y hacer más actividad física–.

Finalmente, si las tendencias del cambio tecnológico, de las frecuencias de uso, de los precios, el perfil de morbimortalidad y las reclamaciones de tecnologías no incluidas en el POS mantienen la senda de crecimiento que vienen presentando, el gasto en seguridad social alcanzaría un 4.8 % del PIB en el 2030.

El país se está embarcando en un esquema en el que va a ser difícil limitar el gasto: la Ley Estatutaria ha sido clara en que no se pueden negar prestaciones a menos

que sean inefectivas o cosméticas. En este escenario es posible un aumento del gasto muy por encima del proyectado. El país debe buscar mecanismos para asignar de manera eficiente y equitativa los recursos en salud y evitar una senda de crecimiento insostenible. En este sentido, el papel de la comunidad médica es central.

Autorregulación en cuanto a la prescripción, definición de esquemas transparentes de filas para obtener servicios no prioritarios y esquemas de pago en los que el riesgo financiero sea compartido entre el asegurador y el prestador son algunos de los mecanismos que han aplicado otros países, en contextos de planes de beneficios con pocas limitaciones.

5.7. Referencias bibliográficas

Abad-Díez, J. M., Larrañaga, A. C., Poncel-Falcó, A., Poblador-Plou, B., Calderón-Meza, J. M., Sicras-Mainar, A. y Prados-Torres, A. (2014). *Age and gender differences in the prevalence and patterns of multimorbidity in the older population*. BMC Geriatrics, 14(75), 17. doi:10.1186/1471-2318-14-75.

Adams-Fryatt, A. (2010). *Facilitating successful aging: Encouraging older adults to be physically active.* Journal for Nurse Practitioners, 6(3), 187-192. doi:10.1016/j.nurpra.2009.11.007

Ai, Chunrong y Norton, E. C. (2008). *A semiparametric derivative estimator in log transformation models, Econometrics Journal, Royal Economic Society,* 11(3), 538-553.

Alleyne, G. (2009). *Health and economic growth: Policy reports and the making of policy.* Health and Growth, 41-52. Recuperado de: http://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/489960-1338997241035/Growth_Commission_Vol2_Health_Growth_Ch2_Health_Economic_Growth_Policy_Reports_Making_Policy.pdf

Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., y Singh, D. (2008). *Transferring disease management and health promotion programs to other countries: Critical success factors.* Health Promotion International, 23, 372–379. doi:10.1093/heapro/dan030

Azizi, F., Ghanbarian, A., Momenan, A. A., Hadaegh, F., Mirmiran, P., Hedayati, M. y Zahedi-Asl, S. (2009). *Prevention of non-communicable disease in a population in nutrition transition: Tehran Lipid and Glucose Study phase II.* Trials, 10, 5. doi:10.1186/1745-6215-10-5

Barón Leguizamón, G. (2007). *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: el gasto nacional en salud y su financiamiento.* Recuperado de: https://www.

minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CUENTAS%20DE%20SALUD.pdf

Barthold, D., Nandi, A., Mendoza Rodríguez, J. M. y Heymann, J. (2014). *Analyzing whether countries are equally efficient at improving longevity for men and women.* American Journal of Public Health, 104(11), 2163-2169.

Bauer, U. E., Briss, P. A., Goodman, R. A., y Bowman, B. A. (2014). *Prevention of chronic disease in the 21st century: Elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA*. The Lancet, 384(9937), 45-52. doi:10.1016/S0140-6736(14)60648-6

Bauman, A., Bull, F., Chey, T., Craig, C., Ainsworth, B., Sallis, J. y Group, T. I. (2009). *The International Prevalence Study on Physical Activity: Results from 20 countries.* International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 6(1), 21.

Beagelehole, R., Epping-Jordan, J., Pattel, V., Chopra, M., Ebrahim, S. y Kidd, M. (2008). Alma-Ata: Rebirth and Revision 3: Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care.The Lancet, 372 (9642), 940-949.

Beagelehole, R., Bonita, R. y Horton, R. (2011). *Priority actions for the non-communicable disease crisis.* TheLancet, 377, 1438-1447.

Behrman, J. R. (2009). *Early life nutrition and subsequent education, health, wage, and intergenerational effects.* Health and Growth, 6, 167-183.

Berk, M. L. y Schur, C. L. (1998). *Measuring access to care: Improving information for policymakers.* Health Affairs, 17(1), 180-186.

Bernal, O., Forero, J. C., Villamil, M. D. P.y Pino, R. (2012). *Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia.* Revista Panamericana de Salud Pública, 31(3), 181-187. doi:10.1590/S1020-49892012000300001

Bolívar Vargas, M. C., Arcila Caravali, A. D., Hurtado Cárdenas, G. E., Castrillón, J. M., Córdoba Ordóñez, G. y Torres Ovalle, G. (2011). E*studio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capacitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011.* Informe a la Comisión de Regulación en Salud (CRES). Recuperado de: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Acuerdo%20019%20de%202010%20-%20%20Anexo%201%20-%20Estudio%20suficiencia%20POS%20-%20UPC.pdf

Braveman, P., Kumanyika, S., y Fielding, J. (2011). *Health disparities and health equity: The issue is justice.* Am. J. Public Health, 101(1), 149-155.

Caballero, A. M., Saavedra, A. M. N., Arcila, A. D., Franco, C., Díaz, D. O. M., Torres, G. y Linares, J. C. (2014). *Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014.* Recuperado de: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/

Cáceres, C. F. y Mendoza, W. (2012). *Changing care and prevention needs for global public health: In pursuit of a comprehensive perspective.* Global Public Health, 7, 29-45. doi:10.1080/17441692.2012.657664

Camargo, M. (2008). *Historia general de América Latina: América Latina desde 1930. Vol. VIII.* Madrid: Trotta.

Croson, R. y Gneezy, U. (2009). *Gender differences in preferences.* Journal of Economic Literature, 448-474.

Cutler, D. M. (2007). *The lifetime costs and benefits of medical technology.* Journal of Health Economics, 26(6), 1081-1100.

Cutler, D. M., Deaton, A. S., y Lleras-Muney, A. (2006). *The determinants of mortality.* Journal of Economic Perspectives, 20(3), 97-120.

Cutler, D. M., Lleras-Muney, A., y Vogl, T. (2008). *Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms.* Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Cutler, D. M., Long, G., Berndt, E. R., Royer, J., Fournier, A.-A., Sasser, A., y Cremieux, P. (2007). *The Value of Antihypertensive Drugs: A Perspective on Medical Innovation.* Health Affairs, 26(1), 97-100.

Cutler, D. M., y Meara, E. (2000). *The Technology of Birth: Is It Worth It?* En G. Alan (Ed.), Frontiers in health policy research, Vol. 3 (pp. 33-67). Cambridge: MIT Press.

Cutler, D. y Miller, G. (2005). *The role of public health improvements in health advances: The twentieth-century United States.* Demography, 42(1), 1-22.

Dauben, H.-P., Førde, O. H., Loud, M. L., Isacsson, S.-O., Paccaud, F., Sanchez, E. y Steiger, T. S. (2002). *Health promotion and disease prevention as a complement to community health indicators.* Working group 1. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 18, 238-272.

De la Maisonneuve, C. y Martins, J. O. (2103). *A projection method for public health and long-term care.* Expenditures Economics Department Working Papers No. 1048. Recuperado de: http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP(2013)40&docLanguage=En

Emberson, J. R. y Bennett, D. A. (2006). *Effect of alcohol on risk of coronary heart disease and stroke: causality, bias, or a bit of both?* Vascular Health and Risk Management, 2(3), 239.

Friedman, J., y Schady, N. (2013). *How many infants likely died in Africa as a result of the 2008-2009 global financial crisis?* Health Economics, 22(5), 611-622.

Gaimard, M. (2014). *Population and health in developing countries.* Londres: Springer.

Grady, P. A. y Gough, L. L. (2014). *Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions.* American Journal of Public Health, 104(8), 25-32. doi:10.2105/AJPH.2014.302041

Horrace, W. C. y Oaxaca,R. L. (2006). *Results on the Bias and Inconsistency of Ordinary Least Squares for the Linear Probability Model.* Economics Letters, 90, 321-327.

Jaimes, M. B. y Moreno, C. M. (2013). *Análisis de situación en salud en Colombia.* Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Kamiya, Y. (2010). *Determinants of health in developing countries: Cross-country evidence.* Recuperado de: http://www.osipp.osaka-u.ac.jp/archives/DP/2010/DP2010E009.pdf

Kirigia, J.M., Sambo, H.B., Sambo, L.G. y Barry, S. P. (2009). *Economic burden of diabetes mellitus in the WHO African region.* BMC International Health and Human Rights, 9, 6.

Latorre, M. L. y Barbosa, S. D. (2012). Avances y retrocesos en la salud de los colombianos en las últimas décadas. En O. Bernal y C. Gutiérrez (Eds.), La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones (p. 11). Bogotá: Universidad de los Andes.

Leeder, S., Raymond, S. y Greenberg, H. (2004). *A race against time: The challenge of cardiovascular disease in developing economies.* Nueva York: Columbia University.

Lleras-Muney, A. (2005). *The relationship between education and adult mortality in the United States.* The Review of Economic Studies, 72(1), 189-221. doi: 10.1111/0034-6527.00329

Marmot, M. y Brunner, E. (2005). *Cohort profile: The Whitehall II study.* International Journal of Epidemiology, 34(2), 251-256. doi: 10.1093/ije/dyh372

Miguel, E., y Kremer, M. (2001). *Worms: Education and health externalities in Kenya.* Recuperado de: http://www.nber.org/papers/w8481.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Cifras financieras del sector salud.* Gasto en salud en Colombia 2004-2012. Recupeardo de: http://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/indicadoresbasicossp.aspx

Murray, C., Vos T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A.y Michaud, C. (2012). *Disability-adjusted life years (DALY's) for 291 diseases andinjuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. TheLancet, 380, 2197-223.

OMS. (2002). *Envejecimiento activo: un marco político.* Revista Especializada en Geriatría y Gerontología, 37, 74-105.

OMS. (2008). *Global insufficient activity both sexes 2008.* Recuperado de: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_InsufficientActivity_BothSexes_2008.png

Pischke, J. S. y Angrist, J. D. (2009). *Mostly harmless econometrics.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Puska, P. (2002). *Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland.* Public Health Medicine, 4(1), 5-7. Recuperado de: http://www.who.int/entity/chp/media/en/north_karelia_successful_ncd_prevention.pdf

Rivera, J. A., Sotres-Alvarez, D., Habicht, J.-P., Shamah, T. y Villalpando, S. (2004). *Impact of the Mexican Program for Education, Health, and Nutrition (Progresa) on rates of growth and anemia in infants and young children: A randomized effectiveness study.* Jama, 291(21), 2563-2570.

Sanders, D., Packer, C., Schaay, N. y Labonte, R. (2014). *Is the Alma Ata vision of comprehensive primary health care viable? Findings from an international project.* Global Health Action, 7(24997), 1-16. Recuperado de: http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/24997

Santa María[32], M., Rodríguez, A. y Piraquive, G. (2013). *Modelo DNP Salud 1.0: Proyecciones fiscales del sistema de salud.* Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.

Sapienza, P., Zingales, L. y Maestripieri, D. (2009). *Gender differences in financial risk aversion and career choices are affected by testosterone.* Proceedings of the National Academy of Sciences, 106(36), 15268-15273.

Satariano, W. A., Guralnik, J. M., Jackson, R. J., Marottoli, R. A., Phelan, E. A. y Prohaska, T. R. (2012). *Mobility and aging: New directions for public health action.* American Journal of Public Health, 102(8), 1508-1515. doi:10.2105/AJPH.2011.300631

Schroeder, D. (2000). *Deficiencia del crecimiento infantil y obesidad y enfermedad crónica en la edad adulta: Importancia para la América Latina en la obesidad y la pobreza.* Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Stewart, S. T., Cutler, D. M. y Rosen, A. B. (2009). *Forecasting the effects of obesity and smoking on US life expectancy.* New England Journal of Medicine, 361(23), 2252-2260.

Stock, J. H. y Watson, M. W. (2012). *Introduction to econometrics: Global edition.* Londres: Pearson Education.

Surgeon General. (1996). *Physical activity and health. A report of the surgeon general.* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

32 Santa María, Rodríguez y Piraquive (2013) presentan unas proyecciones de gasto en salud como porcentaje del PIB. El crecimiento resultante en su trabajo difiere del nuestro, pues los autores plantean que cada diez años el gasto como porcentaje delPIB aumenta en un punto del PIB. Hay varias diferencias metodológicas que explican los resultados. La primera es que en el trabajo de Santa María y Piraquive, el PIB crece al 4.5 % anual, mientras que las proyecciones de Misión Colombia Envejece suponen un crecimiento del 5.12 %. Las fuentes utilizadas también son diferentes. En MCE se usa la base de suficiencia del 2012 para proyectar el gasto tanto del régimen subsidiado como del contributivo, mientras que los autores usan los RIPS para régimen subsidiado. Adicionalmente, en el trabajo de Santa María y Piraquive se proyecta la transición epidemiológica, asumiendo que para los años proyectados alcanza un perfil similar al de los países desarrollados. En MCE, el perfil epidemiológico no se proyecta explícitamente. Este efecto está captado implícitamente en las tendencias históricas y asume que el perfile cambia con las tendencias históricas.

Tool, A. B., Africa, S. y Unitedhealth, T. (2014). *Comment NCD Countdown 2025: accountability for the 25 × 25.* NCD, 6736(14), 105-108. doi:10.1016/S0140-6736(14)61091-6

Topp, R., Fahlman, M. y Boardley, D. (2004). *Healthy aging: Health promotion and disease prevention.* Nursing Clinics of North America, 39, 411-422. doi:10.1016/j.cnur.2004.01.007

Walls, H. L., Walls, K. L. y Loff, B. (2012). *The regulatory gap in chronic disease prevention: A historical perspective.* Journal of Public Health Policy, 33(1), 89-104. doi:10.1057/jphp.2011.50

Wagstaff, A., Bilger, M., Sajaia, Z. y Lokshin, M. (2011). *Health equity and financial protection.* Recuperado de: http://documents.worldbank.org/curated/en/2011/01/14282545/health-equity-financial-protection

Werth, B. (2013). *A tale of two drugs. MIT Technology Review.* Recuperado de: http://www.technologyreview.com/featuredstory/520441/a-tale-of-two-drugs/

Wooldridge, J. M. (2010). *Econometric analysis of cross section and panel data.* Cambridge, MA:MIT Press.

ANEXO 1. Datos históricos de afiliación a la seguridad social en salud

	1994	1995	1996	1997	1998
IPC	2.445.975	2.975.967	3.562.416	4.227.692	5.102.799
Afiliados					
Afiliados Contributivo			13.728.297	14.969.278	16.090.724
Afiliados Subsidiado		4.800.916	5.981.774	7.026.691	8.527.061

	2004	2005	2006	2007	2008
IPC	7.952.133	8.335.831	8.664.117	9.186.894	9.846.550
Afiliados					
Afiliados Contributivo	14.857.250	15.533.582	16.352.751	17.093.538	17.762.604
Afiliados Subsidiado	15.553.474	18.438.013	20.125.263	21.606.812	23.601.000

	1999	2000	2001	2002	2003
IPC	5.560.033	6.097.989	6.581.547	6.992.820	7.497.195
Afiliados					
Afiliados Contributivo	13.652.878	13.409.088	13.335.932	13.165.463	13.805.201
Afiliados Subsidiado	9.325.832	9.510.586	11.178.935	11.444.003	11.867.947

	2009	2010	2011	2012	2013
IPC	10.222.182	10.451.684	10.789.544	11.134.646	11.374.622
Afiliados					
Afiliados Contributivo	18.062.855	18.584.771	19.620.393	19.749.850	19.652.503
Afiliados Subsidiado	23.882.314	23.373.913	22.219.303	22.480.882	22.552.631

ANEXO 2. Datos históricos de gasto en salud. Pesos corrientes

		1994	1995	1996	1997	1998
	Corrientes (Millones COP)					
Per cápita	UPC-S	59.000	80.000	100.000	108.464	128.530
	UPC-C	118.000	121.000	144.595	174.989	207.362
	Gasto RC Barón pc			160.560	203.571	259.167
	Gasto RC sin recobros pc			160.560	203.571	259.167
	Gasto RS Barón pc		41.723	63.999	106.449	131.249
	Gasto RC+RS con recobros pc					
	Gasto RC+RS sin recobros pc		336.200	131.255	172.546	214.859
Agregados	Barón (total sin Minsalud)	4.180.921	5.705.423	8.218.711	10.899.565	12.259.201
	RC	929.029	1.413.761	2.204.213	3.047.318	4.170.182
	RS	-	200.309	382.830	747.988	1.119.165
	REE	121.511	179.163	326.029	415.377	569.492
	Privado	2.153.169	2.563.807	3.115.055	4.091.351	3.684.888
	Gasto público directo	1.393.895	1.842.281	2.822.125	3.348.785	3.548.549
	Minsalud y afiliados	416.683	493.899	631.540	751.255	833.075
	Recobros	-	-	-	-	-
	RC sin recobros	929.029	1.413.761	2.204.213	3.047.318	4.170.182
	RC+RS sin recobros	929.029	1.614.070	2.587.042	3.795.306	5.289.348

		1999	2000	2001	2002	2003
	Corrientes (Millones COP)					
Per cápita	UPC-S	128.530	141.480	155.520	168.023	179.768
	UPC-C	241.577	265.734	289.120	304.154	323.316
	Gasto RC Barón pc	359.432	339.197	387.067	400.380	494.615
	Gasto RC sin recobros pc	359.432	338.881	386.669	396.070	486.378
	Gasto RS Barón pc	129.820	131.884	151.894	170.056	162.667
	Gasto RC+RS con recobros pc					
	Gasto RC+RS sin recobros pc	266.245	252.987	279.610	290.968	336.736
Agregados	Barón (total sin Minsalud)	13.116.551	12.317.061	13.460.728	13.906.735	16.132.768
	RC	4.907.284	4.548.328	5.161.905	5.271.186	6.828.253
	RS	1.210.680	1.254.296	1.698.014	1.946.126	1.930.526
	REE	708.660	721.082	854.722	878.024	957.145
	Privado	3.353.585	2.549.830	2.867.133	2.745.786	2.787.221
	Gasto público directo	3.968.976	4.309.348	3.925.438	4.572.736	4.999.091
	Minsalud y afiliados	1.032.634	1.065.822	1.046.484	1.507.123	1.369.467
	Recobros	-	4.244	5.312	56.741	113.708
	RC sin recobros	4.907.284	4.544.084	5.156.593	5.214.445	6.714.545
	RC+RS sin recobros	6.117.964	5.798.380	6.854.607	7.160.572	8.645.071

		2004	2005	2006	2007	2008
	Corrientes (Millones COP)					
Per cápita	UPC-S	192.344	203.886	215.712	227.578	242.370
	UPC-C	344.974	365.673	386.881	404.215	430.488
	Gasto RC Barón pc	430.217	469.480	543.086	581.076	627.847
	Gasto RC sin recobros pc	418.764	452.408	508.228	521.477	528.797
	Gasto RS Barón pc	144.437	143.138	167.222	191.767	238.092
	Gasto RC+RS con recobros pc					
	Gasto RC+RS sin recobros pc	262.990	268.618	304.163	321.097	345.312
Agregados	Barón (total sin Minsalud)	16.529.209	19.782.918	23.462.712	26.956.511	31.781.452
	RC	6.391.839	7.292.701	8.880.946	9.932.648	11.152.205
	RS	2.246.500	2.639.182	3.365.384	4.143.477	5.619.215
	REE	1.053.636	1.219.254	1.353.878	1.428.230	1.661.051
	Privado	3.963.696	5.101.726	6.052.776	7.387.884	9.226.931
	Gasto público directo	2.873.537	3.530.056	3.809.728	4.064.273	4.122.050
	Minsalud y afiliados	-	-	-	-	-
	Recobros	170.155	265.185	570.021	1.018.762	1.759.402
	RC sin recobros	6.221.684	7.027.516	8.310.925	8.913.886	9.392.803
	RC+RS sin recobros	8.468.184	9.666.697	11.676.309	13.057.363	15.012.018

		2009	2010	2011	2012	2013
	Corrientes (Millones COP)					
Per cápita	UPC-S	267.678	281.836	302.040	433.666	508.993
	UPC-C	467.078	485.013	505.627	547.639	568.944
	Gasto RC Barón pc	758.725	744.345	765.126	795.609	888.592
	Gasto RC sin recobros pc	617.345	560.152	611.345	662.633	724.228
	Gasto RS Barón pc	260.120	288.778	362.263	413.685	476.451
	Gasto RC+RS con recobros pc					
	Gasto RC+RS sin recobros pc	393.125	408.978	479.068	530.109	591.826
Agregados	Barón (total sin Minsalud)	35.387.902	36.823.375	40.530.799	44.101.397	48.629.097
	RC	13.704.743	13.833.477	15.012.074	15.713.168	17.463.062
	RS	6.212.261	6.749.861	8.049.229	9.300.000	10.745.220
	REE	2.026.307	2.192.261	2.360.629	2.648.153	2.661.411
	Privado	9.407.293	9.709.847	10.039.954	10.999.535	12.027.370
	Gasto público directo	4.037.297	4.337.930	5.068.913	5.440.541	5.732.034
	Minsalud y afiliados	-	-	-	-	-
	Recobros	2.553.726	3.423.176	3.017.240	2.626.273	3.230.169
	RC sin recobros	11.151.017	10.410.301	11.994.834	13.086.895	14.232.893
	RC+RS sin recobros	17.363.278	17.160.162	20.044.063	22.386.895	24.978.113

ANEXO 3. Gasto histórico en seguridad social en salud. Pesos constantes y valor per cápita.

		1994	1995	1996	1997	1998
	Constantes (2012)					
Per cápita	UPC-S	268.582	299.322	312.559	285.666	280.461
	UPC-C	537.163	452.724	451.944	460.876	452.478
	Gasto RC Barón pc			501.844	536.155	565.519
	Gasto RC sin recobros pc			501.844	536.155	565.519
	Gasto RS Barón pc		156.108	200.036	280.360	286.393
	Gasto RC+RS con recobros pc		1.257.901	410.249	454.440	468.836
	Gasto RC+RS sin recobros pc		1.257.901	410.249	454.440	468.836
Agregados	Barón (total sin Minsalud)	19.032.521	21.346.965	25.688.308	28.706.631	26.750.390
	RC	4.229.155	5.289.619	6.889.461	8.025.847	9.099.615
	RS	-	749.460	1.196.568	1.970.006	2.442.093
	REE	553.148	670.343	1.019.034	1.093.995	1.242.670
	Privado	9.801.723	9.592.542	9.736.379	10.775.560	8.040.669
	Gasto público directo	6.345.332	6.892.936	8.820.800	8.819.834	7.743.169
	Minsalud y afiliados	1.896.837	1.847.935	1.973.934	1.978.612	1.817.825
	Recobros	-	-	-	-	-
	RC sin recobros	4.229.155	5.289.619	6.889.461	8.025.847	9.099.615
	RC+RS sin recobros	4.229.155	6.039.079	8.086.029	9.995.853	11.541.708

		1999	2000	2001	2002	2003
	Constantes (2012)					
Per cápita	UPC-S	257.397	258.336	263.108	267.543	266.987
	UPC-C	483.787	485.218	489.133	484.303	480.181
	Gasto RC Barón pc	719.807	619.359	654.840	637.524	734.589
	Gasto RC sin recobros pc	719.807	618.781	654.166	630.661	722.356
	Gasto RS Barón pc	259.980	240.814	256.974	270.780	241.589
	Gasto RC+RS con recobros pc	533.188	462.281	473.411	466.979	506.690
	Gasto RC+RS sin recobros pc	533.188	461.943	473.044	463.308	500.112
Agregados	Barón (total sin Minsalud)	26.267.497	22.490.385	22.772.829	22.143.651	23.959.982
	RC	9.827.437	8.305.037	8.732.899	8.393.294	10.141.150
	RS	2.424.534	2.290.286	2.872.697	3.098.811	2.867.168
	REE	1.419.177	1.316.663	1.446.017	1.398.075	1.421.527
	Privado	6.715.963	4.655.872	4.850.609	4.372.106	4.139.511
	Gasto público directo	7.948.360	7.868.669	6.641.046	7.281.153	7.424.525
	Minsalud y afiliados	2.067.975	1.946.142	1.770.439	2.399.787	2.033.898
	Recobros	-	7.749	8.987	90.349	168.876
	RC sin recobros	9.827.437	8.297.287	8.723.912	8.302.945	9.972.274
	RC+RS sin recobros	12.251.971	10.587.573	11.596.609	11.401.756	12.839.442

		2004	2005	2006	2007	2008
	Constantes (2012)					
Per cápita	UPC-S	269.322	272.342	277.221	275.828	274.076
	UPC-C	483.036	488.450	497.198	489.914	486.803
	Gasto RC Barón pc	602.393	627.111	697.944	704.273	709.981
	Gasto RC sin recobros pc	586.357	604.307	653.147	632.037	597.972
	Gasto RS Barón pc	202.242	191.198	214.904	232.425	269.239
	Gasto RC+RS con recobros pc	375.640	368.652	409.976	419.538	436.249
	Gasto RC+RS sin recobros pc	368.241	358.808	390.893	389.174	390.484
Agregados	Barón (total sin Minsalud)	23.144.342	26.425.175	30.152.985	32.671.675	35.939.006
	RC	8.949.909	9.741.278	11.413.303	12.038.510	12.611.103
	RS	3.145.569	3.525.306	4.325.006	5.021.953	6.354.304
	REE	1.475.310	1.628.627	1.739.929	1.731.035	1.878.344
	Privado	5.550.002	6.814.668	7.778.694	8.954.220	10.433.970
	Gasto público directo	4.023.552	4.715.297	4.896.053	4.925.957	4.661.284
	Minsalud y afiliados	-	-	-	-	-
	Recobros	238.253	354.223	732.560	1.234.754	1.989.562
	RC sin recobros	8.711.657	9.387.055	10.680.744	10.803.756	10.621.541
	RC+RS sin recobros	11.857.226	12.912.360	15.005.749	15.825.709	16.975.845

		2009	2010	2011	2012	2013
	Constantes (2012)					
Per cápita	UPC-S	291.572	300.252	311.701	433.666	498.255
	UPC-C	508.771	516.706	521.799	547.639	556.941
	Gasto RC Barón pc	826.451	792.984	789.599	795.609	869.845
	Gasto RC sin recobros pc	672.451	596.755	630.899	662.633	708.949
	Gasto RS Barón pc	283.339	307.648	373.850	413.685	466.399
	Gasto RC+RS con recobros pc	491.197	522.618	568.812	592.298	654.261
	Gasto RC+RS sin recobros pc	428.217	435.702	494.391	530.109	579.340
Agregados	Barón (total sin Minsalud)	38.546.737	39.229.587	41.827.171	44.101.397	47.603.145
	RC	14.928.071	14.737.421	15.492.233	15.713.168	17.094.635
	RS	6.766.787	7.190.929	8.306.682	9.300.000	10.518.523
	REE	2.207.182	2.335.514	2.436.133	2.648.153	2.605.262
	Privado	10.247.018	10.344.333	10.361.081	10.999.535	11.773.622
	Gasto público directo	4.397.679	4.621.390	5.231.041	5.440.541	5.611.103
	Minsalud y afiliados	-	-	-	-	-
	Recobros	2.781.680	3.646.862	3.113.746	2.626.273	3.162.021
	RC sin recobros	12.146.392	11.090.559	12.378.487	13.086.895	13.932.615
	RC+RS sin recobros	18.913.179	18.281.487	20.685.169	22.386.895	24.451.137

ANEXO 4. Crecimiento observado del gasto en seguridad social en salud

		1997-2013	2005-2013
	Crecimientos		
Afiliación	*Contributivo*	2,28%	3,18%
	Subsidiado	8,51%	4,43%
	C+S	4,75%	3,79%
Per cápita	UPC-S	3,23%	7,66%
	UPC-C	1,26%	1,61%
	Gasto RC Barón pc	3,83%	4,35%
	Gasto RC sin recobros pc	2,64%	2,38%
	Gasto RS Barón pc	5,91%	9,96%
	Gasto RC+RS con recobros pc	3,30%	6,45%
	Gasto RC+RS sin recobros pc	2,58%	5,30%
Agregados	Barón (total sin Minsalud)	3,98%	8,41%
	RC	5,96%	7,63%
	RS	14,62%	14,53%
	REE	5,87%	6,66%
	Privado	2,49%	9,01%
	Gasto público directo	-1,43%	4,00%
	Minsalud y afiliados		
	Recobros		38,47%
	RC sin recobros	4,74%	5,61%
	RC+RS sin recobros	7,12%	8,50%
	Total gasto UPC-C por afiliados C	3,50%	4,82%
	Total gasto UPC-s por afiliados S	11,66%	12,17%
	Total Gasto por UPC-C*AC+UPS-S*AS	6,30%	7,82%
	Total gasto usando UPC-C y afiliación contributivo más subsidiado	6,01%	5,43%
	Total gasto baronRC+RS	7,87%	9,71%

6.

Las personas mayores:
cuidados y cuidadores

Por Alejandro Díaz, Norma Sánchez, Soraya Montoya,
Susana Martínez-Restrepo, María Cecilia Pertuz,
Carmen Elisa Flórez, Lina María González B.

ISBN (Online)
978-958-59203-3-0

Contenido

6.1. Introducción 424

6.2. Marco teórico 427

6.2.1. La definición del cuidado 427
6.2.2. Género y cuidado 429
6.2.3. El cambio en las estructuras familiares y los retos del cuidado intrafamiliar 432
6.2.4. Revisión de buenas prácticas sobre el cuidado: nacionales e internacionales 434

6.3. Marco normativo 444

6.4. Análisis y resultados cuantitativos y cualitativos 445
6.4.1. Demanda de cuidado de las personas mayores y las próximas generaciones 445
6.4.2. Principales fuentes de cuidado a las que recurren las personas mayores 449
6.4.3. Necesidades que la persona mayor espera satisfacer a través del cuidado que le sea provisto: resultados cualitativos 461
6.4.4. Dependencia y autonomía: determinante de las relaciones de cuidado .. 465
6.4.5. Niveles de dependencia en las personas mayores y el cuidado 466
6.4.6. El cuidado de las personas mayores y las enfermedades crónicas 476
6.4.7. Efectos derivados de la provisión de cuidado 480
6.4.8. Intervención del cuidador en la provisión de cuidado a las personas mayores: cuidado directo e indirecto 484

6.5. Oferta del cuidado que proveen las personas mayores 486
6.5.1. El tiempo dedicado al cuidado 486
6.5.2. Persona mayor cuidadora 492
6.5.3. Necesidades que atiende la persona mayor cuidadora: necesidades básicas, instrumentales y socioemocionales 501
6.5.4. Efectos del cuidado en las personas mayores cuidadoras 502

6.6. Conclusiones e implicaciones de política 508
6.6.1. Conclusiones 508
6.6.2. Recomendaciones 512

6.7. Referencias bibliográficas 515

6.1. Introducción

Este capítulo se ocupa del cuidado de las personas mayores, de las características de dicho cuidado –número de horas, tipo de cuidado– y su relación con cierto tipo de discapacidades o enfermedades crónicas. Por otro lado, analiza a quiénes están cuidando las personas mayores y quiénes los cuidan a ellos.

Varios estudios sobre países de América Latina y el Caribe señalan que la presencia de personas mayores en el hogar, por el cuidado que algunas de ellas pueden requerir, afecta la participación laboral de los miembros de la familia, sobre todo de las mujeres (Chioda, 2011). En ausencia de servicios de cuidado públicos, o debido a sus altos costos o a la falta de tradición institucional y comunitaria del cuidado, los familiares con personas mayores a cargo, especialmente las mujeres, enfrentan serios problemas para conciliar las responsabilidades laborales con las familiares. Esto puede provocar la pérdida temporal o permanente de los trabajos remunerados (OIT, 2009, p. 5). Aunque la literatura habla principalmente del cuidado de los niños, se debe incluir el de las personas mayores, más aún si se tiene en cuenta que, con el envejecimiento de la población, aquel será cada vez más prioritario, como es ya el caso en algunos países de la OECD.

El cuidado como un obstáculo para acceder a trabajos remunerados les causa más dificultades a las mujeres de los hogares pobres, generalmente con menos educación, un mayor número de personas a su cuidado y recursos limitados o inexistentes para recibir ayuda externa, siquiera con una parte de la carga del cuidado (Ullmann, Maldonado y Rico, 2014). Se estima que el 36.6 % de las mujeres en Colombia son pobres en tiempo e ingresos, en comparación con el 34.4 % de los hombres. Estos resultados empeoran si se tiene en cuenta el hecho de que los hogares, además de ingresos, necesitan un mínimo de trabajo doméstico y de cuidado para gozar de un cierto nivel de bienestar; esos trabajos no remunerados los hacen, principalmente, las mujeres. El estudio de Zacharias, Antonopoulos y Masterson (2012) señala que, para los pobres en tiempo e ingresos, la creación de empleo puede no ser una opción viable para salir de la pobreza y que, por esta razón, se necesitan estrategias complementarias, como una mayor inversión en políticas de cuidado que permitan reducir los déficits de tiempo y tengan en cuenta las diferencias de género.

Como en el resto de países de América Latina, se prevé que los cambios demográficos en Colombia tendrán como efecto el incremento de las personas mayores que requerirán ser cuidadas por sus familias, y una mayor demanda de servicios de cuidado institucionales. Actualmente, la mayoría de los servicios que reciben las personas mayores se canalizan principalmente a través de la ayuda informal, y de las redes primarias familiares y comunitarias.

Sin embargo, debido a los cambios en las estructuras familiares y al debilitamiento de los vínculos de apoyo de la familia y la comunidad, los sistemas informales de protección social son cada vez más deficientes, o sus costos son muy altos para la mayoría de la población. De hecho, el aumento de los hogares unipersonales, así como de los hogares con mujeres cabeza de familia, puede tener importantes efectos en las tendencias del cuidado de personas mayores en las próximas décadas.

El cambio es aún más notorio en las áreas rurales, debido al proceso de urbanización: los jóvenes migran hacia las ciudades en busca de mejores oportunidades de estudio y empleo, pero también forzados por el desplazamiento. El resultado es un envejecimiento más rápido de la población en estas zonas, y más soledad y abandono de las personas mayores.

En Colombia y en los países de la región latinoamericana, la consideración de las crecientes necesidades de cuidado, que plantean los cambios demográficos y de estructura familiar, son relativamente recientes. En los países desarrollados, el cuidado se instaló como una prioridad en la lista de preocupaciones sociales desde la década de los años setenta. En Latinoamérica, en cambio, este proceso se pospuso hasta finales de la década de los años ochenta: los sistemas tradicionales de cuidado seguían funcionando con relativa estabilidad, y las personas mayores no tenían un peso demográfico importante en el conjunto de la población (Huenchuan, 2009, p. 18). Esto a pesar de que los países latinoamericanos de renta media alta como Chile, Brasil y Colombia están viviendo una de las transiciones demográficas más rápidas del mundo. A pesar del creciente pero aún débil esfuerzo sobre el cuidado institucional de personas mayores en Colombia, no existen estimaciones concretas de los costos de ese cuidado, ni públicos ni privados.

El envejecimiento de la población, además, puede traer consigo aumentos insostenibles en el sistema de transferencias públicas –pensiones contributivas y no contributivas insostenibles–, y en el gasto público en salud, en la incidencia y

prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, y en las degenerativas, como demencias y enfermedades cerebrovasculares. La incidencia de enfermedades crónicas aumenta con el envejecimiento, como lo hace el número de visitas médicas, los medicamentos consumidos y las hospitalizaciones. Esto produce un fuerte impacto en el presupuesto familiar de la persona mayor y en el presupuesto público.

Los costos de atención en salud para las personas de 65 años o más son superiores a los de los jóvenes, pues los primeros están afectados de manera desproporcionada por enfermedades crónicas. Estas se asocian, a su vez, al aumento de la discapacidad y a la disminución de la calidad del envejecimiento (Cotlear, 2011, p. 135). Una mayor expectativa de vida, que viene acompañada del incremento de las enfermedades crónicas, genera, a su vez, más necesidad de cuidado familiar o institucional.

Es importante tener en cuenta que las personas mayores son cuidadas, pero, a su vez, son cuidadores. Ellos juegan un rol crucial como cuidadores de sus nietos pues, cuando los padres trabajan, ellos se quedan en la casa con sus nietos y también lo hacen, en el caso de las zonas rurales, cuando los padres emigran hacia las ciudades en busca de una mejor situación económica o forzados por la violencia. A su vez, las personas mayores, sobre todo las mujeres, que tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres, son cuidadoras de sus cónyuges y de sus padres.

Para ilustrar el rol de cuidado y de cuidadores de las personas mayores, se utilizan datos cualitativos recolectados en campo a partir de grupos focales en Nariño, Cundinamarca y Córdoba, con hombres y mujeres entre los 40 y los 60 años y de 60 años y más, de bajos, medios y altos ingresos, pensionados, víctimas del conflicto y desmovilizados. Se incluyen también dos estudios de caso en El Salado y Palenque, lugares que se caracterizan por una mayor presencia de la violencia y el conflicto, y dos grupos focales adicionales con líderes de las víctimas en Bogotá[1].

El análisis cualitativo se complementa con el análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2012-2013, la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2012, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010 y la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en América

1 Para mayor información sobre los grupos focales, consulte el anexo metodológico.

Latina y el Caribe (SABE) de Bogotá 2012. A partir de estas encuestas se analizan las variables relacionadas con la distribución del uso del tiempo de las personas mayores, las necesidades que manifiestan y proveen, las principales fuentes de cuidado, los efectos derivados del cuidado, las diferencias en las relaciones de cuidado, el cuidado intergeneracional, así como el que dan a quienes ellos cuidan. Esta información se presenta en la mayoría de los casos desagregada por sexo, área (urbana y rural), grupos etarios y estructura familiar[2]. El análisis del uso del tiempo se hace a partir de estadísticas descriptivas de cada una de las variables de interés.

En la segunda sección de este capítulo se revisa la literatura sobre el cuidado de las personas mayores y se explican las prácticas internacionales útiles para la formulación de políticas o programas de cuidado. En la tercera sección se presenta el marco legal que reglamenta el cuidado. En la cuarta se analiza la estructura de demanda de cuidado de las personas mayores y se revisan las diferencias entre grupos de edades para analizar las divergencias del tiempo asignado al cuidado de personas mayores y de personas más jóvenes. En la quinta sección se analiza la estructura de oferta de cuidado proveído por las personas mayores, incluido el rol de la persona mayor cuidadora, con énfasis en a quién cuida el adulto mayor. También se estudian las necesidades que ellos atienden y la intergeneracionalidad en el cuidado. Adicionalmente se contemplan las discapacidades y enfermedades crónicas que afectan a las personas y su relación con el cuidado. Finalmente, se discuten las implicaciones de política sobre el cuidado de las personas mayores.

6.2. Marco teórico

6.2.1. La definición del cuidado

Según Ravazi y Staab (2008), el cuidado se entiende como la ayuda y la asistencia proveída por una persona a quien lo requiere, e implica su intervención en las actividades diarias del solicitante, como bañarse y vestirse –actividades básicas de la vida diaria (ABVD)–; o en las labores domésticas, como arreglar la casa y cocinar, o el apoyo en temas de transporte y logística de actividades que

2 Debido a la falta de las preguntas con las que se pudiera identificar el grupo de desplazados, para este grupo no se aplicó el análisis de cuidado y uso del tiempo.

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

Walker, Pratt y Eddy (1995) señalan que mientras el cuidado que se ejerce en ABVD y AIVD es de naturaleza unidireccional (del cuidador al receptor de cuidado), existe un tercer elemento de carácter bidireccional denominado apoyo o ayuda socioemocional, que hace referencia al intercambio emocional y afectivo de una relación de cuidado directa o indirecta. Así las cosas, la ayuda socioemocional advierte una dinámica de interdependencia que compensa al cuidador por sus servicios prestados y que fortalece los lazos entre este y el receptor de cuidado (Walker et al., 1995).

El servicio de cuidado puede ser formal, y es ofrecido comúnmente por las instituciones encargadas del Estado, por organizaciones sin ánimo de lucro o por el mercado de servicios de cuidado privados, o informal, que es el que ofrece la familia o las redes comunitarias de apoyo (Ravazi y Staab, 2008; Bazo y Ancizu, 2004). El cuidado informal no es remunerado, pues por lo general es prestado por familiares o allegados al solicitante, mientras que el cuidado formal implica que el proveedor de cuidado, que rara vez pertenece al círculo familiar, reciba una remuneración y que además cumpla con ciertos requisitos legales para ejercer esa labor.

El cuidado familiar se evidencia cuando una o más personas de la familia prestan ayuda o asistencia a otro miembro familiar, más allá de la requerida en el diario vivir (Walker et al., 1995). Sin embargo, los autores sugieren reconocer el cuidado en función del grado de dependencia de la persona para llevar a cabo una actividad diaria específica. Esto significa que la curación de una herida o la compra de mercado serán categorizadas como cuidado, siempre que el receptor no las pueda hacer por sí solo; de no ser así, se estaría hablando de ayuda intergeneracional, intermarital u otro tipo de relación intrafamiliar (p. 403). Con esto, queda claro que el cuidado depende en cierta forma de la capacidad funcional y de la autonomía de la persona, pero no de las actividades que reciben el apoyo.

Bookman y Kimbrel (2011) mencionan las principales dimensiones del cuidado que determinan la dinámica cuidador-receptor: (1) la dimensión temporal,

que hace énfasis en el corto o en el largo plazo, o la intermitencia en la asistencia a las personas mayores que solicitan cuidado; (2) dimensión geográfica, es decir, a la distancia y el desplazamiento entre quien recibe y quien provee el cuidado; (3) dimensión de residencia, que evalúa si la persona cuidada vive o si debería vivir con su cuidador, teniendo en cuenta factores de seguridad y de acceso; (4) dimensión financiera, que determina la obtención de cuidado de parte de la familia, el Estado, la comunidad o el mercado de servicio privado; (5) dimensión del estado de salud, y con ello el tipo de cuidado, instrumental o no, que la persona necesita; (6) dimensión ética y de representación legal, que alude al grado de involucramiento en la toma de decisiones de carácter legal o económico del cuidador en función del nivel de autonomía y dependencia de la persona que es cuidada; y (7) la dimensión emocional, moral y espiritual, que de alguna manera se encuentra ligada al concepto de ayuda socioemocional entre la persona que es cuidada y su cuidador (Walker et al., 1995).

6.2.2. Género y cuidado

La carga de cuidado ha sido asumida comúnmente por la mujer, por razones tanto estructurales como ideológicas (Bazo y Ancizu, 2004; Walker et al., 1995), y relacionadas con la distribución desigual del cuidado por sexo (Esquivel, 2011). En América Latina, por ejemplo, el 71 % de los trabajadores del cuidado son mujeres empleadas en el servicio doméstico, y un 23 % son mujeres que ocupan trabajos vinculados con el cuidado. La feminización del cuidado, como se ve, es una tendencia mundial (Hopenhayn, Sojo y Mancero, 2012).

La presión de varios factores sociales y económicos ha hecho que en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, la mujer haya ido asumiendo las responsabilidades domésticas (Bazo y Ancizu, 2004), incluida la provisión de cuidado. En América Latina, como en la mayoría del mundo, el cuidado se brinda principalmente en forma no remunerada, en la esfera familiar, y la mujer es quien asume esta función (Hopenhayn et al., 2012). Más aún, la intensidad de cuidado de hombres y mujeres de los quintiles más pobres es mayor en la región, aunque en general las mujeres superan a los hombres en la cantidad de horas que dedican al cuidado (Ullmann et al., 2014).

Según Walker et al. (1995), el cuidado familiar informal ha recaído en las mujeres porque para ellas el costo de oportunidad de cuidar es inferior que para los hombres que, a pesar de estar igualmente cualificados, ganan más que las mujeres. Por su parte, Finley (1989) señala que las hipótesis de disponibilidad del tiempo, socialización e ideología, recursos externos y especialización de tareas, referidas comúnmente en la literatura para explicar las diferencias por sexo en el cuidado de las personas mayores en los hogares, no son válidas para explicar las diferencias por sexo en la provisión de cuidado intrafamiliar e invita a indagar en nuevas hipótesis sobre lo que lleva a la mujer a cuidar.

No obstante, las estructuras económicas y sociales han cambiado: la demanda de trabajo –especialmente en los países emergentes– y la pugna por la inclusión de la mujer en la esfera de la producción ha permitido una participación, cada vez mayor, de la mujer en el mercado laboral y con ella la capacidad de generar ingresos para su hogar (Bookman y Kimbrel, 2011; Bazo y Ancizu, 2004; Ravazi y Staab, 2008; Lahaie, Earley Heymann, 2012). Esto supone también una reducción de la oferta tradicional de cuidado (Esquivel, 2011).

Bazo y Ancizu (2004) subrayan la evidente asimetría en el cruce de roles entre hombres y mujeres, en el sentido que mientras la mujer participa en las labores domésticas y en la generación de ingresos simultáneamente, la intervención del hombre en la provisión de cuidado en la esfera familiar sigue siendo pasiva y en muchos casos marginal. Y en caso de participar en las obligaciones de cuidado, los hombres tienden a preferir ser administradores de cuidado o apoyar el cuidado instrumental, que ser proveedores directos (Finley, 1989). En este sentido, Ravazi y Staab (2008) se apoyan en esta disparidad para explicar por qué las mujeres son más pobres en tiempo (*time poverty*) y en ingresos que los hombres.

El resultado de esto es una sobrecarga para la mujer adulta, que se ve obligada a tratar de equilibrar su tiempo para trabajar y para cuidar, no solo a una persona mayor, sino también a sus hijos o a su cónyuge. Por esta razón, en muchos casos, el cuidado está relacionado con un deterioro de la salud mental y física de los cuidadores (Navaie-Waliser, Spriggs, y Feldman, 2002), o con la limitación de las oportunidades para el ocio, el ejercicio físico o para compartir tiempo con los amigos (Lahaie et al., 2012). Otros estudiosos (Bookman y Kimbrel, 2011; Wakabayashiy Donato, 2006) han evaluado la manera como la provisión de

cuidado –especialmente desde una edad temprana– conduce a un detrimento de la calidad y de los estándares de vida de la persona que cuida, en tanto tiene mayor probabilidad de vivir en situación de pobreza, en condiciones de salud negativas y en soledad (Bookman y Kimbrel, 2011; Ravazi y Staab, 2008; Wakabayashiy Donato, 2006). Lee y Tang (2013) concluyen que los múltiples roles de cuidado se asocian negativamente a la participación de la mujer en la fuerza laboral.

La literatura evidencia que la percepción anticipada de los cuidadores potenciales para atender las necesidades de los solicitantes de cuidado se concentra en la falta de preparación y en los recursos necesarios y suficientes para proveerlo (Brank y Wylie, 2014), lo que puede desatar una carga de estrés anticipada para los potenciales cuidadores. Teniendo esto en cuenta, el cuidador podría enfrentar situaciones de estrés no solo durante el cuidado, sino previo al mismo. Bazo y Ancizu (2004) añaden que la provisión de cuidado por parte de la mujer, en detrimento de su trabajo, conduce en el largo plazo a la dependencia económica y con esto a una dinámica perversa que pareciera auto perpetuar el rol de la mujer en el cuidado intrafamiliar.

Sin embargo, existe otra vertiente en la literatura del cuidado que sostiene que la combinación entre el trabajo y las obligaciones de cuidado en ciertos contextos favorables, es benéfica para la salud mental, física y de relaciones de los cuidadores, además de mejorar la autoestima y los ingresos económicos (Lahaie et al., 2012; Lee y Tang, 2013). Esta aproximación del cuidado se basa en los principios de los efectos de realce (*enhancement effects*), derivados de la teoría de roles, según los cuales asumir varias tareas o responsabilidades le reporta un beneficio a la persona que las realiza. Según otros estudios (Sieber, 1974 en Lee y Tang, 2013), las responsabilidades propias del cuidado generan respuestas positivas en el cuidador: al acumular roles, se estimula la motivación personal y el deseo de poder conciliar o compensar adecuadamente el tiempo y los recursos entre el trabajo y el cuidado, no solo a una persona mayor, sino también a sus hijos y a su cónyuge.

En todo caso, las proyecciones demográficas, económicas y de estructuras sociales imponen un reto para el cuidado de las personas mayores y sus cuidadores, particularmente en las familias de clase media, dado que, por lo general, estas perciben ingresos de trabajos formales, tienen horarios de trabajo establecidos, menos flexibilidad que las personas con trabajos informales y por ende menos disponibilidad de tiempo para cuidar. Más aún, no cuentan con

los recursos suficientes para contratar costosos servicios privados de cuidado (Bookman y Kimbrel, 2011), lo que en el largo plazo conduce a un círculo vicioso de desigualdad (Hopenhayn et al., 2012).

En algunas circunstancias, la escasa flexibilidad de las mujeres en sus puestos de trabajo hace que sean más propensas a recortar sus horarios, a rechazar ascensos o incluso a renunciar para atender sus obligaciones de cuidado, tal como lo demuestran Lahaie et al. (2012) en su estudio. En consecuencia, terminan penalizando sus ingresos, disminuyendo su capacidad de ahorro y en algunos casos sus aportes pensionales (Wakabayashiy Donato, 2006). La literatura explica estas consecuencias a la luz de la teoría de la desventaja acumulativa: los efectos de proveer cuidado se van acumulando con el tiempo, conllevando a sacrificios económicos y personales que no suelen superarse fácilmente y que apresan a la persona en situaciones desfavorables (Wakabayashi y Donato, 2006). Teniendo en cuenta que la expectativa de vida de las mujeres supera la de los hombres, después del fallecimiento de su cónyuge están llamadas a velar por su propio cuidado, estancadas en la pobreza.

6.2.3. El cambio en las estructuras familiares y los retos del cuidado intrafamiliar

Los cambios en las estructuras familiares de los hogares son determinantes de la carga y de los roles de los cuidadores de las personas mayores (Bookman y Kimbrel, 2011). En primer lugar, en América Latina, el incremento de los hogares unipersonales, la reducción de los hogares nucleares biparentales y el aumento de los hogares monoparentales con jefatura femenina son un fenómeno que afecta el cuidado en el sentido que la cabeza de familia asume simultáneamente labores de cuidado y de generación de ingresos (Ullmann et al., 2014). En el caso colombiano, los mismos autores señalan el incremento de los hogares nucleares monoparentales: de un 10.9 % en el año 2000, pasaron al 13.2 % en 2010; los hogares unipersonales, por su parte, pasaron del 7.2 % al 12.6 %, respectivamente.

Lo anterior implica, en primer lugar, que hay una tendencia a que las personas vivan solas y por ende a que se procuren ellas mismas su cuidado, o a que prevean recursos suficientes para solicitar los servicios privados de cuidado, o

bien que mantengan lazos familiares lo suficientemente fuertes como para pedir asistencia en caso de requerirla. En segundo lugar, el incremento de los hogares monoparentales supone una sobrecarga laboral y doméstica potencial para la cabeza del hogar, que en varios casos recae en la mujer.

Por último, cabe señalar los efectos de los cambios en las estructuras familiares. En la actualidad, las familias tienden a ser más pequeñas: tienen menos hijos. La implicación de este cambio en el mediano y largo plazo tiene que ver con la carga de cuidado, que tenderá a concentrarse –el cuidado parental– porque la red de hermanos, que es la que permite repartir las cargas de cuidado, es cada vez más reducida.

De la misma forma, el aumento de la expectativa de vida de la población colombiana y la consecuente longevidad de las personas mayores transformarán las dinámicas de cuidado intrafamiliar: no solo serán los hijos adultos los responsables de cuidar, sino también los nietos, quienes jugarán un papel trascendental como cuidadores de sus abuelos o bisabuelos, como lo señalan Bookman y Kimbrel (2011) en su estudio.

Los resultados del estudio conducido por Piercy (1998) demuestran que los nietos de las familias participan cada vez más en proveer cuidado y están cada vez más dispuestos a compartir el rol de cuidadores con sus padres en aspectos instrumentales pero, sobre todo, en lo afectivo. El autor exalta la importancia de la ayuda socioemocional entre nietos y abuelos y la retroalimentación positiva que se genera (Walker et al., 1995). El estudio también revela que la bidireccionalidad en el cuidado intrafamiliar extiende los lazos entre las viejas y las nuevas generaciones. Otros estudios demuestran que, más allá de lo puramente afectivo, los nietos tienen una participación activa en asuntos de carácter legal, de representación, en los mandados, en la administración de medicamentos e incluso en la aplicación de inyecciones, entre otros (Pyke y Bengtson, 1996 en Piercy, 1998).

Por otro lado, Sojo (2011) subraya que las personas mayores son importantes cuidadoras de sus nietos y facilitan la conciliación entre la vida laboral y familiar de sus hijos e hijas, siempre que gocen de condiciones favorables de salud y de independencia para hacerlo. Más aún, Hopenhayn et al. (2012) sostienen que las personas mayores tienen todo un abanico de experiencias y conocimientos que pueden utilizar productivamente en el cuidado intergeneracional.

6.2.4. Revisión de buenas prácticas sobre el cuidado: nacionales e internacionales

Para mejorar las políticas y programas del cuidado de las personas mayores, es necesario ver qué prácticas nacionales o internacionales han sido exitosas. Es importante mencionar que estas prácticas no tienen necesariamente evaluaciones de impacto. Su revisión, sin embargo, puede aportar ideas para el diseño de políticas públicas que promuevan o faciliten el cuidado de las personas mayores.

En esta sección se presentan tres tipos de prácticas que pueden servir para mejorar los servicios del cuidado en Colombia: los cuidados domiciliarios, los seguros de cuidados de largo plazo, y las que permiten la redistribución del trabajo no remunerado.

Algunas de las acciones identificadas como claves se podrían aplicar en el contexto colombiano, como por ejemplo la capacitación de cuidadores, siguiendo el modelo de cuidados domiciliarios de Argentina, que además hace parte de la política nacional de envejecimiento y vejez. También se podría usar la experiencia del SENA, que ya cuenta con un programa de capacitación de cuidadores que ha sido bien calificado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2014).
Las políticas de visibilización del trabajo de cuidado no remunerado también surgen como opciones interesantes para impulsar la oferta de servicios de cuidado de calidad. Sin embargo, estas prácticas aún no han recibido evaluaciones sólidas (Peña, Cárdenas, Ñopo, Castañeda, Muñoz y Uribe, 2014).

6.2.4.1. Cuidados domiciliarios

Los acuerdos internacionales en materia de envejecimiento poblacional proponen el cuidado domiciliario como una de las herramientas más efectivas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores frágiles, y sugieren convertirlo en un servicio de los Estados (Arias, 2009). Una de las mayores ventajas de esta estrategia es que las personas de edad avanzada permanecen integradas a su núcleo familiar y a su comunidad (Sauma, 2011, p. 46). La OMS (2002) destaca los cuidados domiciliarios y, en general, todos los programas que posibiliten la permanencia de las personas mayores en sus hogares, como políticas fundamentales para mejorar la situación de la población mayor.

Estos programas, además, comparados con los servicios hospitalarios, son menos costosos (Flores-Castillo, 2013, p. 428).

En América Latina se destaca el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de Argentina, implementado por el Gobierno de ese país en 1996 y aún vigente. El programa tiene dos componentes: el primero comprende la formación de cuidadores, con cursos de actualización que se dictan a desempleados y a personas en situación de vulnerabilidad. El segundo componente es la atención domiciliaria y el cuidado intensivo a las personas mayores de 60 años que acrediten insuficiencia económica, que no tengan a nadie que pueda cuidarlos o que presenten algún tipo de discapacidad o enfermedad crónica o terminal. El costo de los servicios de cuidado es cubierto por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (Ministerio de Desarrollo Social, 2014b). Con esta estrategia se busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores, facilitar la inserción laboral de los desempleados e incentivar la formación de sistemas locales de atención domiciliaria que retrasen o eviten la institucionalización del cuidado (Presidencia de la Nación Argentina, 2014).

A partir de datos cualitativos, Arias (2009) evaluó el programa de cuidados domiciliarios con el fin de conocer su funcionamiento y las percepciones de los participantes. Las herramientas de recolección de los datos fueron entrevistas a profundidad, con destinatarios de la prestación y coordinadores, y grupos focales con cuidadores domiciliarios. Los resultados muestran que: 1) El curso representó una solución laboral para los estudiantes, en su mayoría desempleados, y en algunos casos se trató de personas que ya trabajaban cuidando personas mayores y buscaban una acreditación. En esos casos, el programa le dio reconocimiento a la tarea; 2) Los beneficiarios del programa hicieron una evaluación positiva de la capacitación recibida; coincidieron en que su nivel fue elevado, homogéneo y adecuado para desempeñarse como cuidadores de personas mayores. Para quienes ya habían desempeñado la labor, se indagó la opinión de las personas mayores bajo su cuidado, y en general se percibió una mejora en la calidad del servicio; 3) Mejoraron las condiciones de vida de las personas mayores: tuvieron un mejor acceso a la atención en salud, sus necesidades básicas –comer, bañarse, vestirse– fueron satisfechas, se tuvo un mayor conocimiento de los programas del Gobierno y recibieron apoyo emocional. Los familiares de las personas atendidas también manifestaron su satisfacción con el programa: los liberaba de esa responsabilidad y

les permitía hacer otras actividades. La implementación del programa tuvo algunas dificultades: los alumnos demandaron ajustes en ciertos contenidos teóricos, aumento de las prácticas, de la duración del programa y del monto de las becas. Otro problema fue la diferencia en el nivel educativo de los alumnos, lo que complicó el desarrollo de los cursos. En la fase de cuidado, la mayor dificultad fue definir el rol de los cuidadores, pues algunas familias demandaban más de lo que les correspondía.

Más recientemente, en otros países de la región como Chile y Brasil, se han adoptado programas de cuidados domiciliarios. El Ministerio de Desarrollo Social de Chile implementó el programa con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores en vulnerabilidad y dependencia. De este programa chileno se destaca el rol central de los cuidadores, cuyo estado de salud, autoestima, estado emocional y desempeño general de su labor son monitoreados (Ministerio de Desarrollo Social, 2014a). En Uruguay, la atención a las personas mayores en su domicilio forma parte del Sistema Nacional de Cuidados, cuya implementación empezó en el año 2012. En Brasil, los servicios de cuidados domiciliarios se instauraron como parte de la política integral dirigida a las personas mayores. Dentro del Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores se han capacitado cuidadores domiciliarios, instituciones y familiares cuidadores. Aunque esta modalidad de asistencia se encuentra regulada, en la práctica la cobertura es baja y hay diferencias importantes entre Estados (Pugliese, 2011, pp. 120-121). Los servicios de cuidados domiciliarios en Colombia son informales y no remunerados, los prestan sobre todo las mujeres, y de manera formal y remunerada a través de empresas que ofrecen este servicio. El Gobierno no ha intervenido en el desarrollo de dicha estrategia.

México cuenta con el Programa de Atención Domiciliaria para la Población Vulnerable de Ciudad de México (PADPV), que se puso en marcha en el año 2008. El objetivo del programa es brindar atención médico-preventiva en el domicilio de la población vulnerable y de manera gratuita. Se busca aumentar la cobertura y la calidad de los servicios prestados, disminuir los tiempos de internamiento hospitalario (con la consecuente reducción de costos) e incrementar la autonomía de los pacientes y de sus familiares. Lo novedoso de este programa es que ofreció atención psicológica en una de las jurisdicciones de Ciudad de México, Miguel Hidalgo. La atención se prestó a la población vulnerable, a sus cuidadores

primarios –familiares o vecinos– y secundarios –formales o profesionales–, y se capacitó a los cuidadores profesionales para que dieran una atención de calidad. En la implementación del programa se encontró que los pacientes, en su mayoría, tenían sentimientos de abandono y de maltrato. En los cuidadores se observó una alta vulnerabilidad, principalmente en las mujeres, quienes en el cumplimiento de su actividad habían desarrollado patologías como trastornos de ajuste (el desgaste o *burnout*) y duelos. En la relación entre los cuidadores y los pacientes surgían conflictos entre los miembros de la familia por diferencias sobre el cuidado que debía recibir el paciente. Para algunas cuidadoras, este rol las hacía sentirse útiles, pero después de un tiempo manifestaban agotamiento (Flores-Castillo, 2013, pp. 435-436). Uno de los principales aprendizajes de la experiencia es que siempre hay una historia detrás de las situaciones de maltrato a los pacientes, y que

> *es más efectivo escuchar y trabajar con los cuidadores para lograr modificaciones en el trato, que pedirles que cuiden mejor al paciente o incluso amenazarlos con denunciarlos, pues de este modo lo único que se consigue es que después se impida la entrada al domicilio del equipo de atención (p. 436).*

Otra estrategia que persigue objetivos similares es la teleasistencia. Según Pugliese (2011, pp. 116-117), este servicio de prevención y ayuda está dirigido principalmente a aquellas personas mayores que pasan mucho tiempo solas y que pueden requerir atención en cualquier momento por una emergencia, angustia o soledad. Para esto se usa un dispositivo que actúa como un teléfono y puede ser usado en la muñeca como un reloj, que al pulsarlo se comunica con una central telefónica donde una operadora, que tiene todos los datos del portador, lo atiende y da una solución según el caso. Los datos muestran que el uso del dispositivo se lleva a cabo, en primer lugar, en las situaciones de angustia y soledad, y en segundo lugar en las caídas. En estas últimas, el dispositivo es especialmente útil, pues, por lo general, las personas quedan en el suelo, lejos del teléfono, por espacios de más de una hora, lo que puede agravar las lesiones sufridas. Algunos de los países que han adoptado esta estrategia son Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Alemania, Francia, España y, en Latinoamérica, Argentina, Chile, México y Uruguay.

6.2.4.2. Seguro de dependencia o de cuidados a largo plazo

Dados los cambios demográficos de la población, las señaladas dinámicas familiares y las consecuentes demandas crecientes de cuidados, algunos países han avanzado en la ampliación de la oferta pública de estos servicios. Si bien envejecer no necesariamente implica dependencia, sí aumenta las probabilidades de encontrarse en situación de "dependencia funcional", es decir, sin la posibilidad de que el individuo realice por sí solo actividades de la vida diaria (Jaccoud, 2010, p. 233). La situación de dependencia implica una demanda de ayuda prolongada que impone retos a los sistemas formales e informales de cuidado. El seguro de dependencia es una práctica que se ha adoptado en países con sistemas de protección social desarrollados, particularmente en Europa y Japón, como respuesta a estos retos.

Jaccoud (2010), en su estudio sobre envejecimiento y sistemas de protección social, hace una revisión del seguro de dependencia o de cuidados de largo plazo en distintos países de Europa, cuyos resultados se presentan a continuación.
En el 2002 se instauró en Francia un beneficio no contributivo para personas dependientes, con el fin de garantizar la realización de las actividades cotidianas. El acceso al beneficio no está condicionado a la falta o insuficiencia de recursos, sino a las necesidades identificadas. No obstante, su valor tiene en cuenta los ingresos del beneficiario. Con el reconocimiento de la dependencia, el modelo francés garantiza los cuidados de las personas que se encuentran en esta situación. Este seguro se suma a los de desempleo, accidentes de trabajo, enfermedad y vejez, y consolida una política integrada en el ámbito de la seguridad social.
En España, en el año 2006, se aprobó el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, como un pilar del Estado de bienestar. El sistema busca garantizar el acceso a los servicios de cuidado, de acuerdo con el grado de dependencia, y los beneficiarios participan del financiamiento conforme a sus ingresos y patrimonio.
En Inglaterra, el Servicio Nacional de Salud proporciona servicios de cuidado gratuitos, y las autoridades locales ofrecen servicios que se cobran de acuerdo con las condiciones financieras del usuario, su ingreso y patrimonio.

En Alemania y Japón, con el fin de garantizar el acceso a los recursos necesarios para el pago de servicios de cuidado, se creó el seguro de dependencia en la década de los años noventa, con lo que se sentaron las bases de cotización para empleados y empleadores. A diferencia de otros países, en Alemania y Japón

se considera que la asistencia social no es la política más adecuada para hacer frente a un problema que será cada vez mayor y cuyos costos no podrán ser cubiertos con el ingreso medio de los adultos mayores. El derecho al beneficio en Alemania depende del tiempo de contribución y del grado de dependencia. Para determinarlo, se aplica un sistema de clasificación de la situación funcional, que rige para todos los rangos etarios. Los beneficiarios cubren parte de los costos pero, de ser posible, deben participar en el financiamiento de los servicios. En Japón, el seguro se dirige exclusivamentea las personas mayores; para las personas dependientes en otras franjas etarias, existe un sistema de protección separado, financiado con impuestos (Jaccoud, 2010).

Usando diferentes técnicas cuantitativas, los programas de Japón y Alemania han sido evaluados por resultados, aunque no hay evaluaciones de impacto. Las primeras analizan la situación antes y después de la implementación de los seguros de cuidado a largo plazo, pero tienen la limitación de que, al no tener un grupo de control, no es posible aislar los factores externos a las intervenciones que hayan podido afectar a la población objetivo, y así es difícil valorar los cambios provocados exclusivamente por la intervención.

Ito y Miyamoto (2003) evaluaron el impacto del seguro de cuidado a largo plazo en Japón a partir de la demanda de cuidado institucional para la demencia. Los autores usaron características clínicas y demográficas que incluyeron diagnósticos, grado de discapacidad y trastornos de conducta antes y después de la aplicación del programa en pacientes con demencia, aleatoriamente seleccionados y cubiertos por el seguro de cuidado de largo plazo. El análisis de regresión logística muestra que las personas cubiertas por el seguro tenían más probabilidades de ser mujeres y de requerir mayores cuidados, y menos probabilidades de ser transferidas de departamentos psiquiátricos o de tener trastornos de conducta. Estos resultados sugieren que los proveedores de servicios de salud usaron el seguro de cuidado en pacientes que requerían una atención considerable, pero que no presentaban alteraciones de conducta, como estaba previsto. Endo (2003) también estudió el efecto del seguro en la atención a personas con demencia. Encontró que la atención mejoró, y que los beneficiarios accedieron a servicios como estancias cortas, servicios de día y cuidado institucional. Mejoraron también los servicios preventivos para la demencia.

En el caso de Alemania, Zuchandke, Reddemann, Krummaker y Von der Schulenburg (2010) evalúan la introducción del seguro de cuidados de largo plazo y su efecto en la percepción de seguridad financiera de las personas mayores y sus familias. Usando un modelo *probit* ordenado y datos del panel socioeconómico alemán, los investigadores concluyen que la introducción del seguro dio un giro positivo a la percepción de los riesgos financieros de los beneficiarios, derivada de la necesidad de recurrir a cuidados de largo plazo.

Dado el rápido envejecimiento de la población y el aumento de los costos, la OECD y la Unión Europea han hecho recomendaciones para garantizar la provisión de servicios de cuidado de largo plazo de calidad. Entre las más relevantes se encuentran: 1) Hacer una recolección sistemática de información de la calidad clínica –efectividad y seguridad– y de la experiencia del usuario; 2) Establecer controles de calidad externos, instaurando estándares mínimos aceptables, y después garantizar su cumplimiento (en la mayoría de los países de la OECD, se otorgan certificaciones o acreditaciones a los proveedores de servicios de cuidado); 3) Estandarizar la práctica para llevar el cuidado a los niveles de calidad deseados: por ejemplo, capacitar a los cuidadores y establecer directrices para el tratamiento de personas con condiciones de salud complejas; 4) Ofrecer incentivos financieros y dar medidas de desempeño que estimulen la competencia entre los proveedores de cuidado, y les brinden a los usuarios bases para tomar decisiones informadas (OECD, Comisión Europea, 2013).

6.2.4.3. Redistribución del trabajo de cuidado

Como se dijo, los cuidados familiares pueden implicar el retiro del mercado laboral de algunos miembros de la familia, por lo general de las mujeres. Esta situación, por lo tanto, pone en riesgo de vulnerabilidad no solo a la persona mayor que necesita cuidados, sino también a su familia. Las familias más afectadas son las más pobres, pues no tienen recursos para asignarle el cuidado a un tercero, y aún peor en las áreas rurales, puesto que las mujeres tienen una importante participación en la producción agrícola de subsistencia. Las responsabilidades de cuidado pueden afectar negativamente esta producción, y poner en peligro la seguridad alimentaria de la familia (Devaki, 2013, p. 39).

La creciente participación de las mujeres en el mercado laboral es una de las causas de la reducción de la oferta de servicios de cuidado por parte de la familia (Jaccoud, 2010, pp. 234- 235). A esto se suma el hecho de que la inserción de la mujer en el mercado de trabajo no ha sido acompañada por una mayor participación de los hombres en las tareas de cuidado (Arias, 2009, p. 35; Devaki, 2013, p. 25; OIT, 2009, p. 1). En consecuencia, redistribuir estas tareas es indispensable para equilibrar el tiempo de trabajo de las personas, fortalecer el acceso a los sistemas de cuidado y reducir las brechas que afectan a las mujeres. Esta redistribución puede ocurrir en la familia, entre los miembros de distintos géneros, y también incrementando la participación del Gobierno en las labores de cuidado mediante la oferta de programas públicos.

Para Provoste (2013), la redistribución del cuidado es una necesidad que en América Latina puede considerarse urgente. Esta necesidad surge de las tendencias políticas y culturales hacia la igualdad de género, y las transformaciones sociales –el envejecimiento de la población–, que hacen obsoletos e ineficaces los arreglos sociales tradicionales de cuidado. La autora sostiene que los avances más promisorios para la redistribución del cuidado son los referidos a la visibilización del trabajo no remunerado en el hogar. En la misma línea, Batthyány (2010) sostiene que el cuidado no es algo exclusivo de la esfera privada, sino que debe formar parte de los debates públicos sobre los derechos de la ciudadanía y la democracia, además de los de equidad de género por la contribución desproporcionada de las mujeres a esta labor.

La visibilización del trabajo de cuidado no remunerado puede convertirse en una motivación para la prestación de servicios de calidad por parte del Gobierno, el reconocimiento de su responsabilidad en la provisión de este servicio y la participación de los hombres en estas tareas. Al mismo tiempo contribuye a la transición del cuidado como objeto de estudio de las políticas públicas y hacia su reconocimiento como derecho. Además de la orientación de las políticas públicas hacia el objetivo de modificar la división del trabajo tradicional entre hombres y mujeres, se requieren cambios culturales en la población (Batthyány, 2010, p. 6). El Gobierno puede contribuir a la sensibilización de la población mediante la educación formal y campañas en medios de comunicación masivos. Un ejemplo es la campaña de una compañía privada en España denominada "Ellos también pueden", que busca incentivar a los hombres para que usen las lavadoras. La campaña se lanzó en televisión, radio, periódicos y en la web, y usó camiones

móviles en los que enseñaban a los hombres a poner la ropa en la lavadora –ellos argumentaban que no lavaban porque no sabían cómo hacerlo–. También se enviaron lavadoras de regalo a algunos de los hombres más visibles del país. La campaña cumplió con el objetivo de aumentar la venta de lavadoras, pero no se sabe qué tanto hizo por cambiar la distribución del tiempo en los hogares –no se evaluó– (Peña et al., 2014, p. 677). Otro ejemplo es la campaña ecuatoriana "¡Y qué!, reacciona Ecuador, el machismo es violencia". La campaña buscaba cambiar las percepciones de la división del trabajo tradicional. En los comerciales aparecen hombres que hacen tareas domésticas y que dicen frases como, "Yo cambio pañales ¿y qué?" (p. 678). La campaña tuvo un alto grado de aceptación e impacto entre la ciudadanía, y logró posicionar un mensaje en contra del machismo, el cual se tomó de manera informativa y reflexiva. También se resalta el aporte de la campaña a la visibilización del trabajo doméstico, el rechazo a la violencia contra las mujeres y el cuestionamiento de roles socialmente establecidos.

Otra acción que permite visibilizar el trabajo de cuidado es la realización de encuestas de uso del tiempo, una herramienta esencial para obtener información que haga posible la cuantificación y valoración del trabajo no remunerado y su contribución a la economía (Devaki, 2013, p. 64). Varios países en la región han realizado encuestas de uso del tiempo, permitiendo la visibilización del trabajo doméstico y de cuidado, lo que refleja la preocupación de los gobiernos por incluir el problema en la agenda pública. En Colombia, desde el año 2013, se tienen resultados de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) y se desarrolló la cuenta satélite de la economía del cuidado. La ENUT es precisamente la principal fuente para el análisis del cuidado en este estudio. Recientemente, con base en esta encuesta, se publicaron los resultados de la medición de pobreza por ingresos y tiempo. Actualmente el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) trabaja en la difusión de los resultados, que ya están siendo usados en investigaciones y que se espera sirvan de apoyo para la toma de decisiones de política en el país. Aquí sería importante tener en cuenta la sugerencia de Peña et al. (2014, pp. 679-680): mejorar la comunicación entre los investigadores de temas de género, para tener una plataforma donde se puedan consultar los resultados de los estudios. Los autores también sugieren la creación de un programa de becas para tesis de pregrado y maestrías, con el fin de incentivar la investigación en estos temas.

Marco (2013) hace una revisión de casos según la cual los resultados de las encuestas de uso del tiempo han servido para impulsar políticas relacionadas con el cuidado. En los países en desarrollo asiáticos, se consideran los resultados de la encuesta en los programas de empleo público, previniendo que la necesidad de tener en cuenta la realidad de las mujeres en las políticas contribuya a reforzar roles de género y a mantener la actual distribución de uso del tiempo en los hogares. En Costa Rica, la información fue usada en la formulación de la Política Nacional de Igualdad y Equidad de Género, en el anteproyecto de ley sobre cuenta satélite de trabajo no remunerado, y como sustento para plantear el Programa Nacional de Cuidado. En el Ecuador, los datos se utilizaron para debatir y fundamentar parte del articulado de la Constitución del 2008, en relación con el sistema económico y la economía del cuidado, así como para las políticas y líneas estratégicas del Plan Nacional para el Buen Vivir, la Ley Orgánica de Servicio Público y la Ley Orgánica de la Economía Popular y Solidaria y del Sector Financiero, Popular y Solidario. En México, según el Inmujeres y el INEGI, la información de la encuesta se usó para evaluar el programa Oportunidades, la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Además, se emplearon para hacer propuestas de política para el mercado de trabajo, la armonización entre empleo y familia, acciones para apoyar el cuidado, agilización de trámites, eficacia del transporte público y visibilización del trabajo doméstico. Por último, en Uruguay, se integraron a la discusión y diseño del Sistema Nacional de Cuidados, concretamente en el grupo de trabajo creado en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales, para coordinar el diseño de dicho sistema. La existencia de estadísticas, los estudios académicos y la acción de organizaciones sociales han posibilitado avanzar en la incorporación del tema del cuidado en la agenda pública uruguaya.

La OIT (2009) reconoce que la falta de políticas eficaces para dar tratamiento al conflicto entre las responsabilidades laborales y familiares puede derivar en problemas graves para las sociedades, las empresas, las familias, los hombres y las mujeres. En consecuencia, contempla distintas opciones de políticas y medidas que los Estados pueden adoptar para contribuir a conciliar el trabajo y la vida familiar. La mayor parte de estas medidas están dirigidas a aliviar la carga del cuidado de niños y niñas, y algunas contemplan el cuidado de otros miembros de la familia.

Una medida para hacer la carga del cuidado más llevadera es repartir las responsabilidades familiares entre hombres y mujeres: los hombres pueden participar más en la vida familiar y optimizar las relaciones con los miembros de la familia que son objeto de cuidado. Otra medida es promover leyes que les den más flexibilidad a los trabajadores con responsabilidades familiares, aumentando su capacidad de brindar cuidados de calidad. La OIT formuló un convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares (C156 de 1981) y una recomendación anexa (número 165) que establece un marco de política integrado para conciliar el trabajo remunerado con las responsabilidades familiares, y la prestación de cuidados con el trabajo remunerado. Colombia no ha ratificado el convenio. Ejemplos de medidas de conciliación del trabajo y la familia son: las licencias de maternidad y paternidad, la flexibilidad en los horarios de trabajo, los períodos de descanso y vacaciones, el otorgamiento de permisos breves en caso de urgencia, la posibilidad de trabajar tiempo parcial sin que esto implique un deterioro de las condiciones laborales, y el teletrabajo. Estas medidas también pueden contribuir a reducir la informalidad.

Por último, la OIT recomienda que se garantice el acceso a una infraestructura básica que permita el desarrollo de las labores de cuidado, por ejemplo disponibilidad de vías y transporte público, suministro de agua potable y energía (OIT, 2009). Peña et al. (2014, p. 678) sugieren, además, que se incremente el uso de electrodomésticos que faciliten las labores del hogar.

6.3. Marco normativo

Existen algunas leyes y decretos que reglamentan el cuidado de las personas mayores en Colombia. El artículo 46 de la Constitución Política de 1991 dicta que el Estado, la sociedad y la familia son los responsables de la protección y asistencia de las personas mayores, y el Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

En relación con las leyes que reglamentan el cuidado de las personas mayores por parte de la familia y el Estado, la Ley 1251 de 2008 dicta normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de las mismas. En esta se prescriben los deberes del Estado, la familia, la sociedad,

las personas mayores y los medios de comunicación. A la vez expone los requisitos esenciales que deben acreditar las instituciones prestadoras de servicios de atención y protección integral de este sector poblacional para su funcionamiento. Estos son: reglamento interno, nivel nutricional, infraestructura, talento humano, plan de atención de emergencias médicas, área ocupacional y salud mental.

A la vez, la Ley 1315 de 2009 establece las condiciones mínimas que dignifican la estadía de las personas mayores en los centros de protección, centros-día e instituciones de atención, relacionadas con las restricciones en el ingreso a las instituciones, requisitos para la instalación y funcionamiento de los centros de Protección Social Vida, dirección técnica, recursos humanos y régimen de transición. La Ley 1276 de 2009, en modificación a la Ley 687 de 2001, fijó nuevos criterios de atención integral y protección a las personas mayores de los niveles 1 y 2 del Sisbén en los centros vida.

La Ley 1413 de 2010, por su parte, tiene como fin regular la inclusión de la economía del cuidado en el Sistema de Cuentas Nacionales. El objetivo de esta ley es medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social de país, como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas. Esta Ley ordena, en su artículo 7, la planeación, diseño, aplicación y actualización de la Encuesta de Uso del Tiempo con el fin de obtener información sobre Trabajo de Hogar No Remunerado (THNR), todo lo cual debe ser llevado a cabo por los diferentes entes gubernamentales que participan en la preparación, seguimiento y control del presupuesto y en el estudio de la economía nacional para el análisis del THNR como contribución al desarrollo económico del país.

6.4. Análisis y resultados cuantitativos y cualitativos

6.4.1. Demanda de cuidado de las personas mayores y las próximas generaciones

6.4.1.1. Estructura y composición de los hogares donde viven las personas mayores

La transición demográfica, que vive Colombia, se ha acompañado además de cambios importantes en la estructura de los hogares. Esta transformación en

la estructura de la familia puede afectar el bienestar económico y el cuidado de las personas mayores, pues sin pensiones ni independencia económica para pagar el cuidado formal que brindan instituciones públicas o privadas, es la familia quien vela por ellas. Como se verá más adelante en los resultados cualitativos, esto es particularmente cierto para las personas de menores ingresos o de niveles socioeconómicos bajos, para quienes la familia es la principal red de apoyo económico y de cuidado.

Los cambios que están sufriendo las estructuras familiares en Colombia y en la región en general se observan también, y aun con mayor intensidad, en los hogares con personas mayores. No solo han aumentado considerablemente los hogares unipersonales de personas mayores, sino que también se ha incrementado el porcentaje de hogares generacionales –solo viven personas mayores, ya sea solo la pareja o con otras personas mayores–. Sin embargo, en estos hogares aún predominan los arreglos familiares multigeneracionales: en cerca de un 77 % de los hogares con personas mayores conviven dos o tres generaciones. De acuerdo con Celade (2008), esta forma de cohabitación es un "mecanismo de apoyo intergeneracional, en particular de protección durante la vejez, pero sin suponer a priori que el único flujo posible es de jóvenes a viejos". De hecho, la mayoría de los hogares con personas mayores (77.4 %) son liderados, precisamente, por una persona mayor. Esto evidencia que la presencia de personas mayores en los hogares no necesariamente se asocia a una carga o a la dependencia de estas.

Además de la estructura de la familia vista desde los hogares, es importante entender con quién viven las personas mayores. A falta de recursos económicos para costear servicios de cuidado, este lo ejerce principalmente la familia, que brinda compañía o apoyo. Se estima que el 61 % de las personas mayores es jefe de hogar (DANE, 2013). En la Figura 1 se observa que la mayor parte de las personas de 60 años o más vive en hogares de más de dos personas.
El 12.2 % vive solo, el 15.8 % en pareja y el 70.9 % con otros miembros.
El 54.8 % de quienes viven en pareja y el 55.9 % de aquellos que viven con otros miembros de la familia son jefes de hogar.

La cohabitación de las personas mayores, según su nivel socioeconómico[3], no arroja diferencias, pero sí se observa la siguiente tendencia: entre más alto es

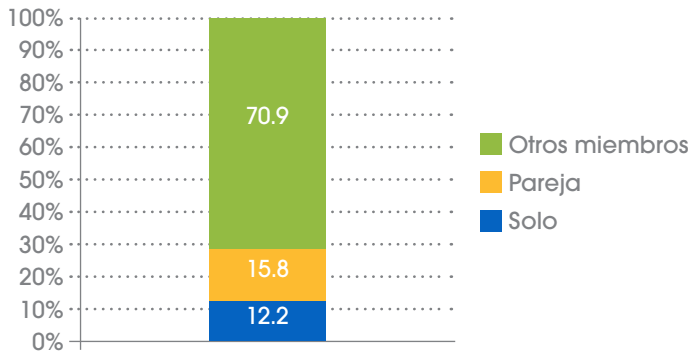
3 El nivel educativo del jefe del hogar fue utilizado como proxy del nivel socioeconómico por la correlación que existe entre estas dos variables (varios estudios así lo sugieren); el nivel educativo que se utilizó fue el de los jefes del hogar, y se dividió en cuatro categorías: ninguno, preescolar y básica, media y superior.

el nivel socioeconómico, las personas mayores viven más con otros miembros de la familia o en pareja. Vale la pena resaltar que la importancia de la cohabitación de las personas mayores en hogares unipersonales disminuye a medida que aumenta el nivel socioeconómico: de ser el 17.2 % en el nivel socioeconómico bajo, pasó a ser del 8.9 % en el nivel socioeconómico alto. Este resultado contrasta con lo observado en otros estudios: los hogares unipersonales aumentan a la par con el nivel socioeconómico (Flórez, 2004). Una posible explicación para que la cohabitación unipersonal entre las personas mayores no aumente con el nivel socioeconómico es la presencia de empleadas del servicio doméstico o de trabajadores que viven en el mismo hogar de la persona mayor, precisamente para ofrecer servicios de cuidado. Los hogares de estratos altos son los que pueden pagar por este tipo de servicio.

Vivir en pareja, por su parte, tiene fluctuaciones en los distintos niveles socioeconómicos: en el nivel bajo conforma el 14.9 %, aumenta a 16.5 % en el nivel medio y finalmente disminuye en el nivel alto a 14.4 %. La cohabitación con otros miembros es la más importante en todos los niveles socioeconómicos: lo es menos en el nivel bajo (67.4 %) y más en el nivel alto (74.9 %) (Figura 2). Esta evidencia es preocupante, pues las personas de un nivel socioeconómico más bajo son las que más necesitan de las redes familiares para su cuidado y carecen de medios económicos para pagar servicios de cuidado.

Figura 1

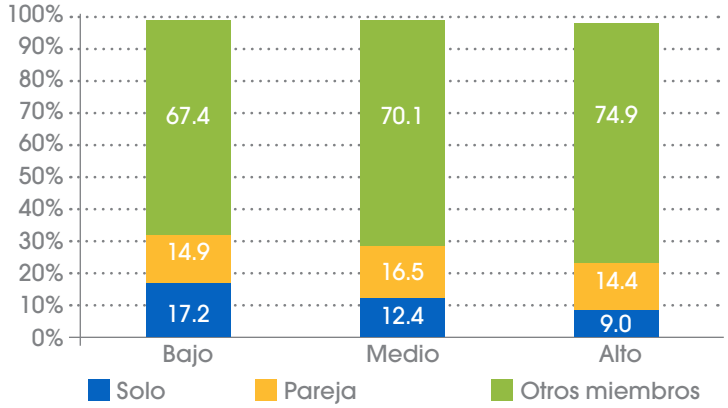
Distribución de los adultos de 60 años o más, según cohabitación



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

Figura 2

Distribución de los adultos mayores según cohabitación y por nivel socioeconómico[4]

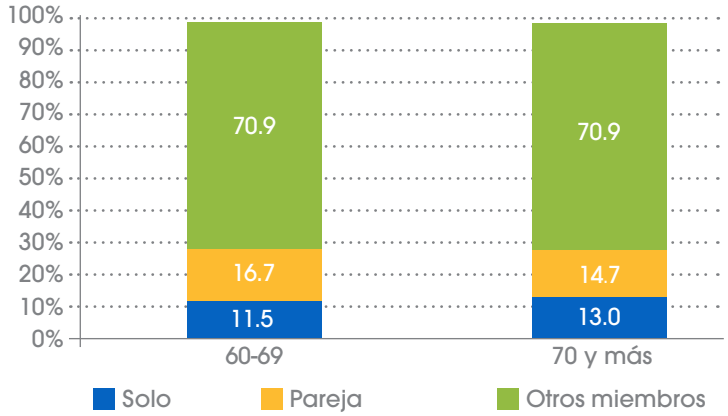


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

Como se observa en la Figura 3, el porcentaje de personas que viven solas es mayor en el grupo de 70 años o más (13 %), que en el grupo de 60 a 69 años (11.5 %). Caso contrario cuando viven en pareja, que pasa del 16.7 % al 14.7%. Esto podría explicarse, en parte, por la muerte de los cónyuges. En el caso de la convivencia con otros miembros, que puede consistir en padres, hijos y nietos, otros familiares, otros no familiares o empleados, se mantiene igual en ambos grupos etarios.

Figura 3

Cohabitación de los adultos mayores por grupos etarios[5]



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

4 El nivel socioeconómico está construido a partir del nivel educativo del jefe del hogar. El nivel bajo equivale a ningún nivel educativo; el nivel medio equivale a preescolar y básica y primaria, y el nivel socioeconómico alto equivale a educación media y superior.

5 No se pudo construir una categoría de cohabitación con hijos, debido a la estructura de la pregunta sobre la relación de parentesco de los miembros del hogar. La relación de parentesco se determina solo con el jefe del hogar y no se puede identificar la relación de parentesco entre los demás miembros.

A pesar de que la mayor parte de las personas mayores viven con sus parejas o con otros miembros de la familia, un número relativamente alto vive solo. Sin tener en cuenta las posibles repercusiones psicológicas por la soledad, el vivir solo puede representar un problema para ese 17 % de personas mayores de nivel socioeconómico bajo, que no tienen los suficientes ingresos laborales, pensionales o ayudas familiares para pagar ayuda o servicios de cuidado, sobre todo cuando tienen discapacidades permanentes o enfermedades crónicas agudas. Las personas mayores, en especial las mujeres, son cuidadas por sus hijos, familiares, enfermeras, pero a la vez pueden ser cuidadores, de sus nietos, de sus parejas y, en algunos casos, de sus hijos, razón por la cual la red de apoyo en el hogar y familiar es tan importante.

6.4.2. Principales fuentes de cuidado a las que recurren las personas mayores

6.4.2.1. El cuidado que se le presta a la persona mayor

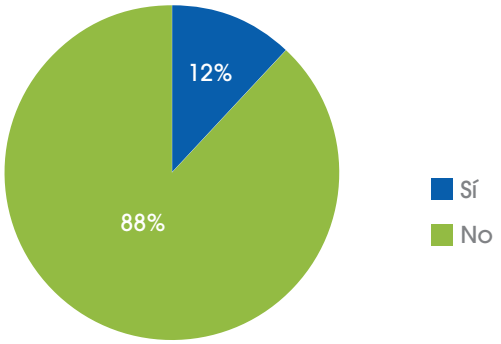
Como se dijo, las personas mayores son cuidados y a la vez son cuidadores. Los estudios sugieren que la carga de cuidado es asumida comúnmente por la familia, y dentro de esta principalmente por la mujer –hija, esposa–, debido tanto a razones estructurales como culturales (Bazo y Ancizu, 2004; Walker et al., 1995).

En esta sección se analiza quiénes o cuáles miembros del hogar cuidan a las personas mayores y qué tipo de cuidado les brindan. Es decir, se analiza el cuidado que les brindan a las personas mayores otros miembros del hogar. Por la forma como está estructurada la encuesta de hogares, solo se puede conocer la edad de quien cuida a la persona mayor, pero no la relación de parentesco entre ambas.

Hay dos tipos de cuidado: los básicos, que incluyen alimentación, baño y vestido, y los cuidados médicos, que consisten en dar medicamentos y acompañar a citas médicas. Los principales cuidadores son los adultos y las personas mayores, aunque los niños también cuidan y ayudan. Como una persona puede cuidar a una o a más personas mayores, adultos o niños, y puede hacer varias labores al mismo tiempo, los porcentajes de uso del tiempo no suman el 100 %. La Figura 4 muestra que el 12 % de los individuos –niños, adultos u otras personas mayores– brinda algún tipo de cuidado –médico o básico– a una persona mayor en su hogar.

Figura 4

Porcentaje de personas que brindan algún tipo de cuidado a personas mayores

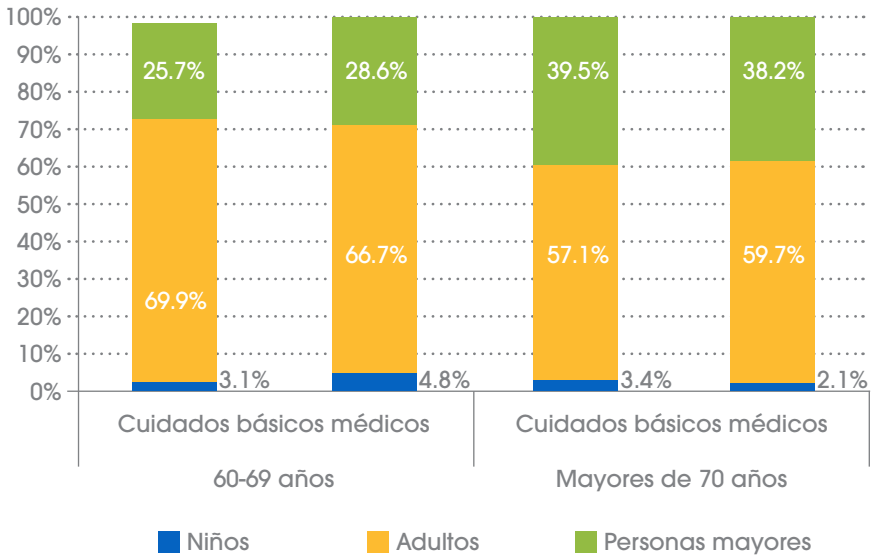


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.

La Figura 5 muestra que los principales cuidadores en cada tipo de cuidado son los adultos, seguidos de otras personas mayores. Por lo menos el 60 % del cuidado médico y básico es brindado por adultos, mientras que alrededor de un 30 % es brindado por otras personas mayores. Pero a medida que la edad de la persona mayor aumenta, la participación de otras personas mayores en ambos cuidados se incrementa. Así, en el grupo de 60 a 69 años, del 26 % al 29 % de los cuidados básicos es brindado por otras personas mayores, mientras que en el grupo de 70 años o más este porcentaje asciende al 38 % y 39 % (Figura 5). Esto podría indicar que, entre más envejecen las personas mayores, más ayuda reciben de otras personas de 60 años o más en ambos tipos de cuidado; estos contemporáneos podrían ser los cónyuges o familiares cercanos.

Figura 5

Distribución de cuidadores de las personas de 60 años o más, de 60 a 69 años y mayores de 70 años, por tipo de cuidado



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.

Aunque el porcentaje de personas que cuida a una o a más personas mayores de su mismo hogar es reducido (12 %), el cuidado es brindado principalmente por adultos –posiblemente los hijos, cónyuge, empleada doméstica o trabajador– y por otras personas mayores– posiblemente sus parejas o hermanos y hermanas–, con las implicaciones que esto tiene en el uso del tiempo y en la salud de los cuidadores familiares. Los estudios señalan que el cuidado de las personas mayores tiene un efecto negativo en la participación laboral de las mujeres, ya que son ellas las que, en caso de discapacidades permanentes y enfermedades crónicas, deben hacerse cargo del cuidado de sus padres (Chioda, 2011).

6.4.2.2. Fuentes de cuidado a las personas mayores según los resultados del análisis cualitativo

Los participantes en los grupos focales no registraban grados importantes de dependencia, lo que incide en su visión de algunos aspectos sobre los que se

indagó, relacionados más con expectativas a futuro o con situaciones potenciales que con situaciones actuales. Sería importante indagar en futuros estudios sobre estos aspectos potenciales con personas que se encuentren en situaciones de mayor dependencia. Adicionalmente, los grupos de 40 a 59 años en las zonas urbanas pertenecen al nivel de ingreso medio-alto, por lo que también sería importante profundizar en las expectativas de este mismo grupo etario en niveles de ingresos más bajos.

6.4.2.2.1. Grupos urbanos

Para los participantes de los grupos focales de las zonas urbanas, la familia es considerada la principal fuente de cuidado, en especial para los grupos de personas mayores de 60 años, de ingresos medios y bajos. Las instituciones son consideradas la principal fuente de cuidado para los grupos entre 40 y 59 años, de ingresos medios-altos, y para los mayores de 60 años de ingresos altos. Estos grupos manifiestan su preocupación por el costo que tiene mantener la calidad del cuidado que reciben.

En los grupos de ingresos medios y bajos, el cuidado a domicilio ocupa el segundo lugar como fuente de cuidado en las personas mayores de 60 años; le sigue el familiar y el que proveen las instituciones. Las mujeres prefieren más esta opción que los hombres. La alternativa del cuidado a domicilio la mencionan también, aunque con menor frecuencia, los grupos de personas mayores, las víctimas del conflicto y los desmovilizados.

La mayor alusión a la familia pone en evidencia la importancia del núcleo familiar en la provisión de cuidado. La preferencia por el cuidado familiar podría explicarse por el componente afectivo, que comúnmente implica apoyo socioemocional, mayor comprensión y paciencia ante eventuales situaciones de dependencia. Adicionalmente, en línea con la literatura en general, los testimonios de los grupos focales muestran que se prefiere el cuidado que brindan las mujeres de la familia, y se les atribuye un mejor desempeño en ese rol. Sin embargo, esta preferencia reproduce la distribución inequitativa de las funciones en el hogar, pues sobrecarga a las mujeres con la responsabilidad del cuidado. Las siguientes citas ilustran la preferencia por el cuidado familiar y en especial de las mujeres de la familia.

Mis hijos han sido mi ayuda, mi apoyo, y hasta ahora ellos son los que velan por mí.

(Mujeres, pensionadas, Pasto)

Si de pronto llego a un estado de esos…, pues mi señora todavía está viva y está en buenas condiciones. Pienso que ella es la que debe cuidarme, la que debe vestirme, la que debe bañarme, la que debe limpiarme. En caso de que ella no exista, pues la hija, o de pronto uno de los hijos o de las nueras, no sé.

(Hombres, pensionados, Montería)

Lo primero que yo quisiera es que Dios me conceda terminar sin una enfermedad muy incapacitante y larga. Pero si llega, lo ideal sería que la vida me permitiera ser acogido en el hogar de una de mis hijas.

(Hombres, pensionados, Bogotá)

Uno les tiene más confianza a las hijas. A uno le da como pena: a veces uno no se puede bañar bien, y entonces la hija entra al baño, se empelota y me restriega la espalda… Me daría mucha pena que mi hijo viniera y me restregara la espalda.

(Mujeres, bajos ingresos, Gutiérrez)

Los resultados del análisis cualitativo coinciden con la literatura en que las personas mayores de ingresos bajos logran conciliar sus labores de cuidado con los compromisos laborales cuando estos son flexibles: ayuda la intermitencia del trabajo durante el día, la flexibilidad laboral que ofrece el autoempleo o el trabajo independiente, la informalidad y todo ello facilitado por el acceso a subsidios o a centros estatales de atención diurnos o nocturnos para el cuidado de personas mayores. La preferencia por el cuidado familiar también obedece a razones económicas: las personas mayores de nivel socioeconómico medio y bajo recurren al cuidado familiar porque no cuentan con los recursos suficientes

para financiar el cuidado a domicilio o en una institución. En estos niveles de ingresos, especialmente en los de ingresos bajos, la historia laboral de las personas se caracteriza por la informalidad de los empleos, por su corta duración, por la inestabilidad, los bajos salarios y el nulo acceso a seguridad social. Además, está la falta de conocimientos sobre la importancia del ahorro y de la planeación a largo plazo. En estas condiciones, la preparación económica para la vejez es poca o nula, y afecta, en mayor medida, a las mujeres por sus responsabilidades de cuidado y por su menor vinculación al mercado laboral. En consecuencia, en la etapa de la vejez las personas siguen dependiendo de empleos en el mercado informal, de los aportes de los familiares –principalmente de los hijos– y de los subsidios del Gobierno, por lo que el cuidado familiar se presenta como la mejor opción. Es menos viable en los niveles de ingreso medio, por la menor flexibilidad del horario laboral de los cuidadores familiares.

En contraste, para las generaciones más jóvenes, próximas al segmento de personas mayores de ingresos medios y altos, y para los mayores de 60 años de altos ingresos, las preferencias de cuidado apuntan a las instituciones más que al cuidado familiar y a domicilio. La mayoría de las personas entre 40 y 59 años, con ingresos medios y altos, ven su futuro cuidado como una carga que quisieran evitarle a la familia; de ahí que opten por el cuidado en instituciones especializadas. Es importante tener en cuenta, para futuros análisis, que habría que profundizar en la percepción de las personas entre 40 y 59 años y de ingresos bajos.

Yo no quiero ser una carga para mis hijos. Lo tengo clarísimo. En esa medida yo tengo pensado meterme yo mismo a un asilo, o a un ancianato, como les dicen ahora.

(Mixto, 40 a 60 años, Bogotá)

Cuando tenga una enfermedad, yo pensaría en tener una enfermera.

(Mixto, 40 a 60 años, Montería)

Con mi pensión, o con la renta que tenga para eso, yo pagaría un hogar geriátrico.

(Mixto, 40 a 60 años, Bogotá)

La expectativa de las personas mayores de altos ingresos, de ser cuidados en una institución, se sustenta en su capacidad económica para asumir los gastos del cuidado institucional. En estos casos, la autonomía económica o el respaldo económico de la familia son factores determinantes al momento de organizar su cuidado.

Mi hija me decía, "no, mamá, cómo voy a dejar que te cuide otra persona, yo me voy a consagrar a ti". Pero es difícil, porque ellos tienen sus obligaciones, sus cosas que hacer. Yo pienso que el cuidado lo debe ofrecer una institución, pero una institución buena.

(Mixto, altos ingresos, Pasto)

Pienso en esa gente que está preparada para atender. Pero pienso en un lugar amplio, uno lleno de jardines en el que yo pueda leer y estar bien. Es importante estar bien para leer libros de superación personal, libros lindos. Yo quiero estar rodeada de harta gente que lo haga sentir bien a uno.

(Mixto, altos ingresos, Pasto)

Siempre he pensado que sería bueno poder estar en un hogar geriátrico donde pudiera compartir con personas de mi misma edad. Seguramente hay muchas cosas en común. Pero parece que esos lugares son muy costosos…

(Mixto, altos ingresos, Bogotá)

La expectativa de ser cuidado en una institución señala la necesidad de que la cobertura se amplíe y llegue incluso a las zonas rurales de difícil acceso. Ante esto, uno de los entrevistados anota:

Las capacidades instaladas de las instituciones son deficitarias como para lograr una cobertura universal, sobre todo para los adultos mayores, por su escasa posibilidad de desplazamiento. La capacidad institucional debe crecer, y esto tiene que ver con un diseño de política, con recursos, con infraestructura. Es un reto que enfrenta el país: crear la capacidad instalada física y humana que pueda atender a la población que lo va necesitando, en especial en el sector rural.

(Entrevista a profundidad)

6.4.2.2.2. Grupos rurales

La principal referencia a la fuente de cuidado en las zonas rurales es la familia, especialmente entre las personas mayores de 60 años y entre las de 40 a 60 años. La alta concentración de la preferencia del cuidado en la familia en el medio rural no sorprende, y sugiere que es una consecuencia de una sucesión de prácticas y de valores tradicionales que todavía se transmiten de generación en generación y que configuran las labores del cuidado. También podría sugerir que la expectativa de cuidado reposa en la familia porque el acceso a otras fuentes es restringido. En general, las personas de las áreas rurales están menos preparadas económicamente para la vejez. Esto es así porque hay un acceso más restringido a los trabajos formales y porque los ingresos de los empleos en el sector agrícola son inestables: se pagan por día o por semana y dependen de los ciclos de los cultivos. Adicionalmente, según los testimonios, las personas del campo tienen muy poca información sobre ahorro, pensiones y preparación económica en general.

Pienso que el mejor cuidado cuando lleguemos a viejitos debe ser el de la familia. Si la familia está pendiente, hay aseo y las cositas están al día. En cambio hay mucha gente que se deshace de los viejitos; los mandan a un hogar de paso, o a cualquier lado. Yo pienso que eso no es lo conveniente.

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

Yo sí me preparo para mi vejez. Yo les digo a mis hijos: "Cuando yo esté viejita y no pueda caminar, a ustedes les toca ver por mí, porque yo ya trabajé por ustedes, para ayudarlos, así que tienen que ayudarme".

(Mixto, 40 a 60 años, Ayapel)

Preparar a la gente para la vejez, en el campo… Es la primera vez que yo escucho que vienen a hablar de eso. Pero son políticas muy diferentes al campo: en la ciudad usted tiene su sueldo, y automáticamente el Estado lo obliga a pagar su pensión. En el campo es distinto: son dineros esporádicos, se trabaja por jornales. La gente puede pasar toda la semana sin recibir un jornal. Entonces es muy difícil decir que yo me voy a poner en conciencia a sacar el trabajo del día para ponerlo en un depósito de pensiones, porque puede que esta semana tenga trabajo todos los días, y a la semana siguiente no tenga trabajo ni un solo día.

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

La expectativa de cuidado en la familia seguirá siendo un reto, especialmente para aquellas personas que tengan la responsabilidad de labores de cuidado especiales, dependiendo del tipo de dependencia de la persona mayor. En muchos casos, estos cuidadores no tienen los conocimientos técnicos básicos y es muy difícil que ofrezcan un cuidado adecuado y que cumpla con los requerimientos del solicitante. Esto podría acarrear mayores cargas para el cuidador. El testimonio recogido en una entrevista expone esta preocupación desde el punto de vista de los cuidadores potenciales:

Creo que hay que hacer una reestructuración bastante severa del programa de atención al adulto. Primero, porque los que vamos a ser cuidadores no estamos preparados para hacerlo en ningún aspecto; segundo, porque no estamos creando redes de apoyo para ese tipo de formación, ni nos estamos preparando para cuando lleguemos allá. Las personas mayores están completamente desamparadas y llegan a depender en un 100 % de los recursos del Estado, que tampoco está en capacidad de darles lo necesario para que tengan unas buenas condiciones de vida. Por otra parte, no se están impulsando acciones que permiten manejar la parte de salud física y nutricional de la persona mayor, que no recibe todo lo que necesita, aunque lo que se le ofrece es con mucho gusto y con cierta calidad, pero no es suficiente.

(Entrevista a profundidad)

Otra de las entrevistadas subraya la importancia de que las familias cuidadoras reciban apoyo del Estado

La solución es compleja y yo creo que tiene que empezar por crear una conciencia de la responsabilidad de la familia. Las familias no pueden evadir completamente su responsabilidad, pero también deben ser acompañadas por esta forma de solidaridad colectiva que llamamos el Estado. Hace dos generaciones, las familias tenían esa responsabilidad. Casi todos conocimos ese tipo de historias en las familias; en la de mi abuelo había solo una mujer, y era una familia muy grande, de diez u once hijos. Se sabía que por mucho tiempo su tarea iba a ser cuidar a sus padres. Eso hoy es imposible. ¿Entonces cómo se va a apoyar a esos cuidadores familiares, cómo los vamos a capacitar, cómo se va a hacer el manejo ambulatorio del cuidado? Todo eso lo tenemos que preparar, y prever financieramente; preparar en la construcción de capacidades y preparar también a la sociedad para que sea una responsabilidad compartida: la familia va a tener que poner una parte y el Estado otra.

(Entrevista a profundidad)

Estas percepciones ponen de relieve la necesidad de gestionar procesos de cualificación a potenciales cuidadores, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Es crucial minimizar las cargas, identificar buenas prácticas de cuidado que puedan replicarse y optimizar esas labores de cuidado. Además, es necesario que las instituciones competentes del Estado apoyen a las familias que deban asumir estas labores.

El principal proveedor de cuidado sigue siendo la familia y, dentro de ella, las mujeres, sobre todo en los niveles de menores ingresos y en las zonas rurales. Sin embargo, esta oferta tradicional enfrenta cambios importantes por la transformación de las estructuras familiares, las migraciones de los sectores rurales a las ciudades y los nuevos roles de la mujer. Las familias, y particularmente las de menores ingresos, enfrentan mayores retos y cuentan con menos recursos –número de miembros, disponibilidad de tiempo, cambios en el entorno– para asumir la responsabilidad del cuidado, ya no solo de los niños sino también de las personas mayores.

Además de las familias, existe una oferta de cuidado formal focalizada en los centros día y de protección de personas mayores regulados por la ley y financiados en los municipios por los recursos de la estampilla adulto mayor. Sin embargo, esta oferta es insuficiente: llega fundamentalmente a las personas de las zonas urbanas y de las cabeceras de los municipios, y deja por fuera a las personas mayores de las zonas rurales quienes, en algunos casos, son las más vulnerables. Una de las personas entrevistadas se refiere al problema que se desprende de los vacíos normativos o de las "camisas de fuerza" en la asignación y utilización de los recursos que provienen de la estampilla, y que terminan generando exclusión, especialmente de las personas mayores que habitan en las zonas rurales:

Lo que pasa es que la norma es muy general y es muy ambigua. Los municipios se apegan a la norma, pero no saben bien a qué destinar los dineros. En este momento los más vulnerables son las personas mayores que viven en las zonas rurales; las que viven en las veredas no se están beneficiando de los recursos de las estampillas. Ese es para mí el punto más débil. Si bien se trata de una norma con muchos beneficios

para esta población, en los municipios se limitan a beneficiar a las personas mayores que viven en las cabeceras, pues la norma limita el gasto de esos recursos. Muchos afirman que les gustaría que la norma les diera facultades para comprar vehículos e ir a buscar a los mayores y darles el beneficio en el establecimiento. Pero la norma dice que los recursos se deben invertir en el centro de día o bienestar; esto quiere decir que tienen que traerlos a todos al mismo lugar y muchos quieren y proponen que les lleven el beneficio a su casa. Para eso hay que trabajar, para lograr que la norma nos dé la posibilidad de comprar el transporte o de llegar al lugar donde ellos están, porque muchos no se pueden trasladar.

(Entrevista a profundidad)

Más aún, la realidad migratoria, desde una óptica "centro-periferia", es un obstáculo más para la garantía de una cobertura amplia y suficiente:

El proceso de envejecimiento en el campo es muy fuerte, y lo es aún más en los municipios, que reciben una gran presión urbana. Es el caso de Cundinamarca, que tiene la capital y una zona periférica donde las posibilidades de empleo ejercen una presión muy fuerte en los jóvenes, que terminan migrando masivamente. Las personas mayores, por un tema cultural, no lo hacen; solo migran por razones de salud. En el campo, en las veredas muy pequeñas, no existen centros días adonde sus habitantes puedan ir y atenderse. Este fenómeno social representa verdaderos desafíos de cara a las adecuaciones institucionales que se deben hacer. El país entero debe trabajar.

(Entrevista a profundidad)

Además, y de acuerdo con los resultados del análisis cualitativo, las personas tienen bastantes reservas frente a la calidad de los servicios que prestan estas entidades, principalmente las que son financiadas con recursos públicos. También

tienen sus reservas frente al costo de estos servicios que, en el caso de los llamados hogares privados, resultan inaccesibles para personas de ingresos bajos e incluso de ingresos medios.

6.4.3. Necesidades que la persona mayor espera satisfacer a través del cuidado que le sea provisto: resultados cualitativos

6.4.3.1. Grupos urbanos

En las zonas urbanas, las personas mayores de 60 años le conceden mucha importancia al apoyo socioemocional, al afecto, al buen trato y a la compañía. Para ellos tienen tanta importancia como la satisfacción de las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria.

AYUDA/APOYO SOCIOEMOCIONAL

Primero que todo, que nos den mucho amor. Segundo, que sepamos comprender cómo es nuestra vejez.

(Mujeres, pensionadas, Montería)

Que no me dejen solita… A mí me gusta compartir con las personas, que no haya soledad, que uno tenga a alguien con quién hablar, con quién compartir, con quién comentar. Que no me dejen solita.

(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Tener una ayuda, porque yo soy una persona que le gusta estar aseado. Necesito bañarme en la mañana, y en la noche acostarme limpio.

(Hombres, víctimas, Montería)

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES

Si llego a una edad avanzada, yo esperaría ayuda en los temas de salud: que me lleven a las citas médicas, que me suministren la droga, que alguien se encargue de mi aseo personal y sobre todo de la alimentación, que es lo más básico.

(Hombres, pensionados, Montería)

Para las personas entre 40 y 60 años, el afecto y el buen trato son también una prioridad. Esto podría indicar que las generaciones más jóvenes reconocen la variedad de dimensiones que comporta el tipo de cuidado que desearían a futuro. No obstante la necesidad de afecto, los más jóvenes de los grupos focales creen que el cuidado lo deben prestar instituciones especializadas en centros apropiados, o a domicilio, toda vez que entienden que estos servicios tienden a ser cada vez más tecnificados.

Una hipótesis que surge a partir de los resultados es que esta generación reconoce que el componente socioemocional posiblemente no pueda satisfacerse en una institución o en un servicio particular, pues solo la familia y las personas cercanas son capaces de proporcionar ese apoyo. Por esta razón hacen referencia al componente afectivo y emocional como una prioridad ya que no puede ser provisto en instituciones.

Al discriminar las referencias de los grupos focales por sexo, hay diferencias importantes. Mientras que la principal necesidad para los hombres son las actividades de la vida diaria y las instrumentales, las mujeres priorizan la necesidad de afecto y buen trato, es decir, las necesidades emocionales y afectivas.

A mí me gusta compartir con las personas, que no haya soledad; que uno tenga a alguien con quién hablar, con quién compartir, con quién comentar.

(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

Los grupos de bajos ingresos le dan la misma importancia a los tres tipos de necesidades; los de ingresos medios privilegian las necesidades emocionales y afectivas, por encima de las necesidades instrumentales, y en un último lugar se encuentran las actividades básicas de la vida diaria. La principal referencia de las personas mayores de altos ingresos son las necesidades emocionales y afectivas, y en segundo lugar las actividades instrumentales.

6.4.3.2. Grupos rurales

Los mayores de 60 años en las zonas rurales mencionan, en primer lugar, las necesidades afectivas y emocionales.

Que nos den cariño. Que lo vean a uno como madre, para que uno se sienta contento. Que no lleguen a gritarlo. Que lo visiten. Que nos anhelen.

(Mujeres, ingresos medios, Puerres)

Yo voy a durar 100 años. En esos 100 años yo quiero que mis hijos me traten bien, para eso yo a ellos los quise y los quiero. Entonces que me apechichen, me mimen, como esa viejita que soy. Así quiero que me traten.

(Mujeres, bajos ingresos, Ayapel)

Si mis hijos no me llegan a cuidar, que aquel particular que lo haga me trate con amor y con respeto, como yo lo voy a respetar a él también.

(Estudio de caso, El Salado)

La situación es más o menos la misma en el grupo de 40 a 60 años. Privilegian también las necesidades emocionales y afectivas, y en segundo lugar las necesidades de la vida diaria.

Que me hablaran así, como yo les hablo a ellos. A mí me gusta mucho hablar con los viejitos, y así me gustaría que me hablaran a mí.

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

Que me traten bien, porque esa ha sido mi forma de tratar a las personas toda la vida. Dios le da a uno lo que uno hace: uno recoge lo que siembra. Yo he sido una persona que ha estado presente. Gracias a Dios me he portado bien con mi familia y he sido responsable con mis hijos. Yo pienso que uno obtiene un premio, por eso quiero que me atiendan bien.

(Mixto, 40 a 60 años, Ayapel)

6.4.4. Dependencia y autonomía: determinante de las relaciones de cuidado

Algunos participantes manifestaron un claro rechazo a la dependencia. Creen que supone un esfuerzo adicional de los miembros de la familia, y que si no se maneja bien puede afectar las relaciones intrafamiliares. Las personas mayores prefieren a las parejas, si aún viven, en vez de representar una carga para los hijos.

Yo no espero que nadie me cuide. No quiero ser una carga para nadie, ni para ninguno de mis hijos, ni para la sociedad, ni mucho menos para el Estado (si no espero de mis hijos, mucho menos del Estado). Yo quiero valerme por mí mismo hasta el día en que me muera. No sé cuántos años viviré, pero yo no quiero depender absolutamente de nadie. Yo no quiero que nadie me ayude.

(Hombres, víctimas, Bogotá)

Pues yo lo único que le pido a mi Dios es que me tenga hasta que yo pueda valerme por mí misma. Eso en primer lugar. En segundo lugar, si me deja hasta que yo esté inútil y no pueda valerme por mí misma, que mi esposo, si está vivo, me cuide, para no dar molestias a mis hijos.

(Mujeres, víctimas, Pasto)

El rechazo a la dependencia es tan fuerte, que en varios grupos focales se refirieron a salidas más radicales. Algunos dijeron estar dispuestos a renunciar al deseo de seguir viviendo cuando no puedan valerse por sí mismos y su dependencia implique cuidado permanente.

Uno tiene que tener salud en esta vida y rogarle a Diosito que no lo ponga a uno en una cama, que no quede uno inválido y que entonces les toque a los hijos... A ese extremo no me gustaría llegar. Yo siempre le pido a mi Diosito que si llego a eso, que me mate de una, porque uno ha visto el caso de tantos compañeros que, apenas llegan a una etapa de esas, los hijos los abandonan...

(Hombres, pensionados, Montería)

Yo tengo que ser sincero conmigo mismo. Yo toda la vida le he pedido a Dios que el día que no sea útil en mi vida y que no me pueda cuidar por mis propios medios, me borre del mapa...

(Hombres, víctimas, Montería)

La noción de dependencia no se limita estrictamente a una condición de fragilidad, sino que además se percibe como el estado que antecede a un potencial abandono. El temor anticipado a ser abandonado hace que las personas traten de mantener un alto grado de autonomía. A continuación se explorará el cuidado en los casos de discapacidad, que permitirá entender los retos de quienes cuidan personas mayores con un alto grado de fragilidad.

6.4.5. Niveles de dependencia en las personas mayores y el cuidado

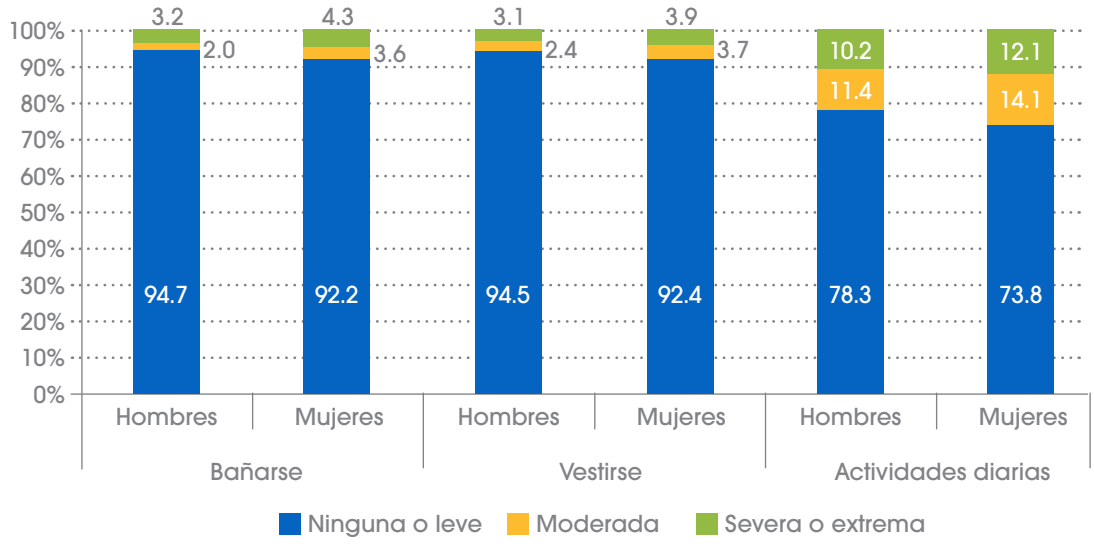
El cuidado que reciben las personas mayores también tiene que ver con sus limitaciones y la intensidad de estas. En esta sección se analizan esas discapacidades y la relación con el cuidado que deben recibir según la intensidad y el tipo de discapacidad. Se asume que las limitaciones extremas que impiden bañarse, vestirse y tener las actividades del día a día afectan fuertemente la independencia de las personas mayores e incrementan su necesidad de cuidado.

En relación con el grado de dificultad para llevar a cabo las actividades diarias, la Figura 6 evidencia que, en general, la mayoría de las personas de

60 años o más tienen limitaciones leves que no les impiden bañarse, vestirse y hacer las actividades del día a día. Los porcentajes de dificultad son más altos en las mujeres que en los hombres. Esto puede estar asociado al fenómeno de feminización del envejecimiento, es decir, a una mayor presencia de mujeres en las edades más avanzadas debido a su mayor expectativa de vida. El mayor grado de limitación se presenta en las actividades diarias[6]: las mujeres registran dificultad severa y moderada en un 12 % y en un 14 %, y los hombres en un 10 % y en un 11.4 %, respectivamente (Figura 6).

Figura 6

Distribución de las personas de 60 años o más según el grado de dificultad para bañarse, vestirse y hacer las actividades diarias, diferenciadas por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

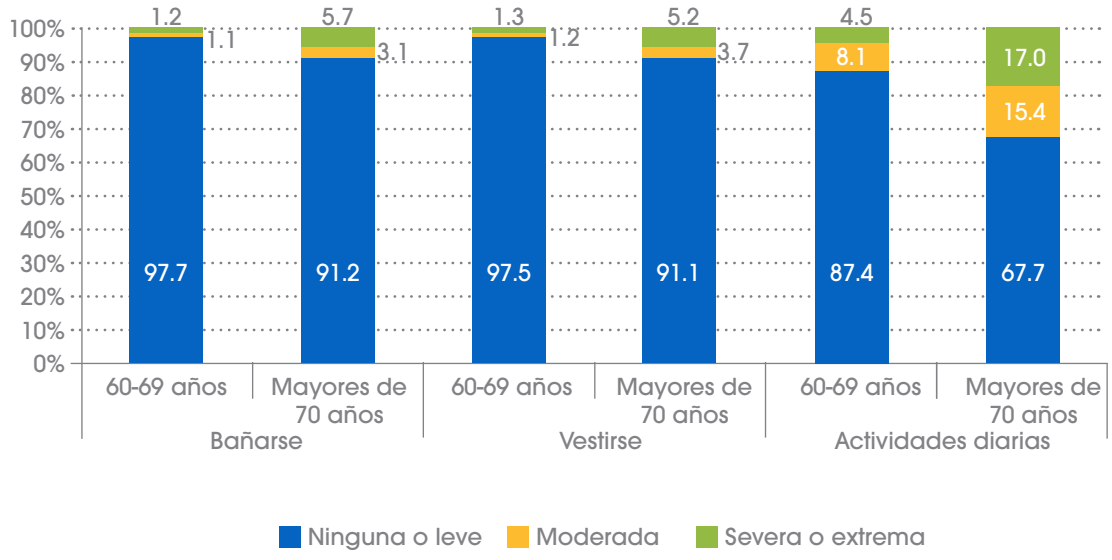
Al analizar el grado de dificultad para realizar actividades según el sexo y por grupos de edad, en ambos grupos etarios las mujeres presentan mayores grados de dificultad que los hombres y, como era de esperarse, estas son más acentuadas en el grupo de 70 años o más. Como en el agregado, los mayores

6 En la variable de actividades diarias está incluido el trabajo, el estudio o cualquiera que sea la actividad diaria.

grados de dificultad se presentan en las actividades diarias: en el grupo de 60 a 69 años, los hombres registran dificultad moderada y severa en un 8.1 % y 4.5%, y las mujeres en un 10.3 % y 4.8 %, respectivamente. En el grupo de 70 años o más, los hombres presentan una dificultad moderada y severa en un 15.4 % y 17 %, mientras que las mujeres registran grados de dificultad moderada y severa del 18.3 % y del 20.5 %, respectivamente (Figuras 7 y 8). Es decir que una de cada cinco mujeres de 70 años o más tiene dificultad severa para hacer las actividades diarias, lo que tiene implicaciones importantes de satisfacción de necesidades de cuidado, no solo para la familia sino para el Estado.

Figura 7

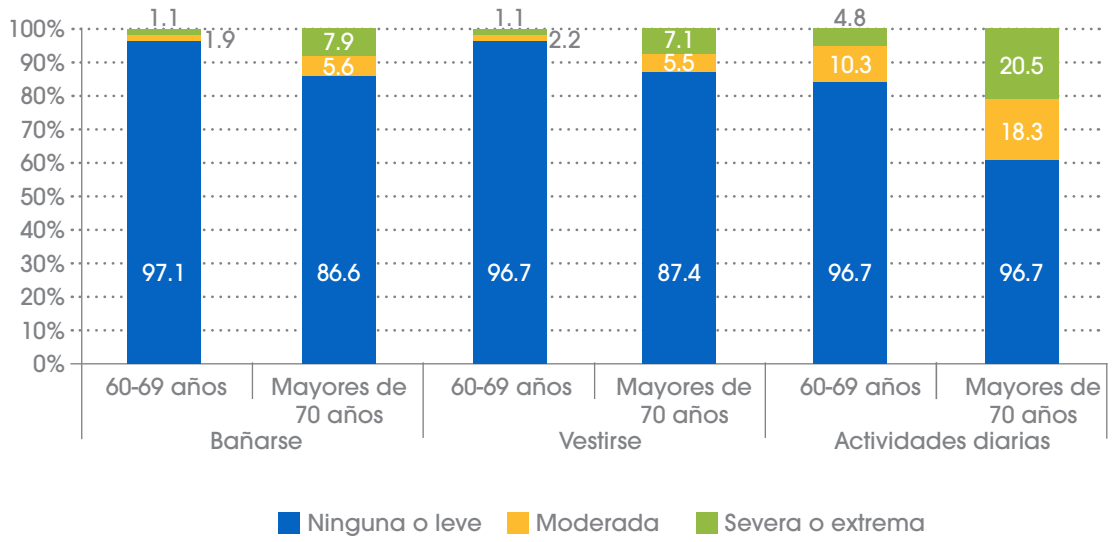
Distribución de los hombres mayores según el grado de dificultad para bañarse, vestirse y hacer las actividades diarias, por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

Figura 8

Distribución de las mujeres mayores según el grado de dificultad para bañarse, vestirse y hacer las actividades diarias, por grupos etarios



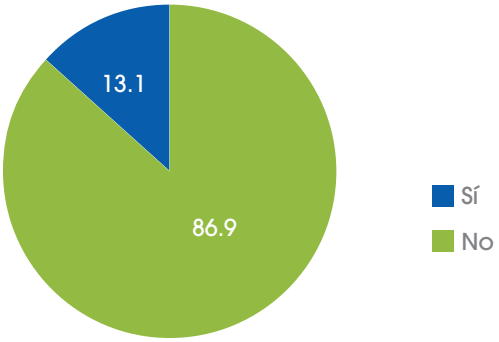
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

No solo la dificultad para hacer las actividades diarias aumenta a medida que las personas envejecen, sino que aparecen limitaciones permanentes o se agudizan las ya presentes. Con base en los datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012 (ELPS), se estudian las limitaciones permanentes, consideradas extremas, que afectan la independencia de las personas mayores e incrementan su necesidad de cuidado.

El 13 % de las personas de 60 años o más tiene al menos una limitación permanente (Figura 9). En los diferentes grupos etarios, la limitación permanente más importante es la que impide moverse o caminar, seguida de la limitación para ver y de otras. En el grupo de 40 a 49 años, la primera (moverse o caminar) se presenta en un 1.7 % y aumenta en el grupo de 70 años o más a un 9.7 %. La segunda (limitación para ver) inicia en el primer grupo etario en un 1 % y en el de 70 años o más aumenta al 4.2 %. Otras limitaciones pasan de un 1.4 % al 4% (Figura 10). El envejecimiento cronológico va acompañado de un envejecimiento fisiológico y biológico.

Figura 9

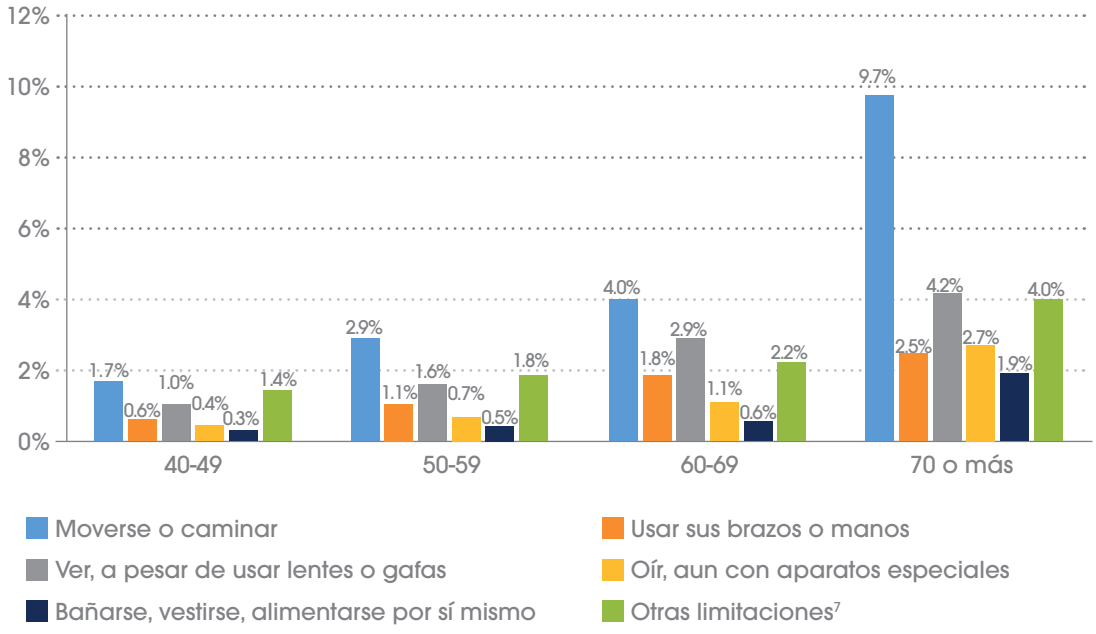
Porcentaje de personas de 60 años o más con algún tipo de discapacidad



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

Figura 10

Porcentaje de personas con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios



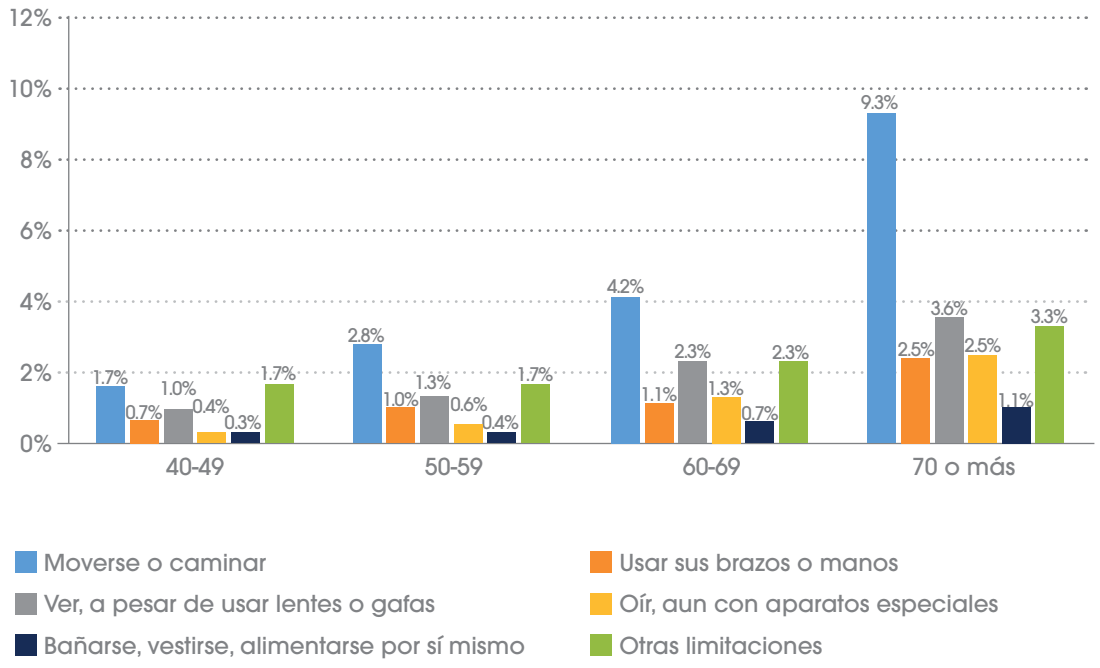
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

7 La variable de otras limitaciones incluye algunas permanentes para hablar, entender o aprender, relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales, deficiencia por causa psiquiátrica y otra limitación.

Al analizar las limitaciones permanentes diferenciando por sexo, tanto en hombres como en mujeres, estas aumentan a medida que se envejece cronológicamente. La que más aumenta con el pasar de los años es la que impide moverse o caminar: pasa de un 1.7 %, tanto en hombres como en mujeres de 40 a 49 años, a un 9.3 % en hombres y a un 10 % en mujeres en los grupos de 70 años o más. En el grupo de 60 a 69 años, tanto para los hombres como para las mujeres, las mayores limitaciones se presentan en moverse, ver, y otras.
Las mujeres de 70 años o más presentan mayores limitaciones en todas las categorías, menos en usar los brazos o las manos, en donde hombres y mujeres presentan el mismo porcentaje (2.5 %) (Figuras 11 y 12).

Figura 11

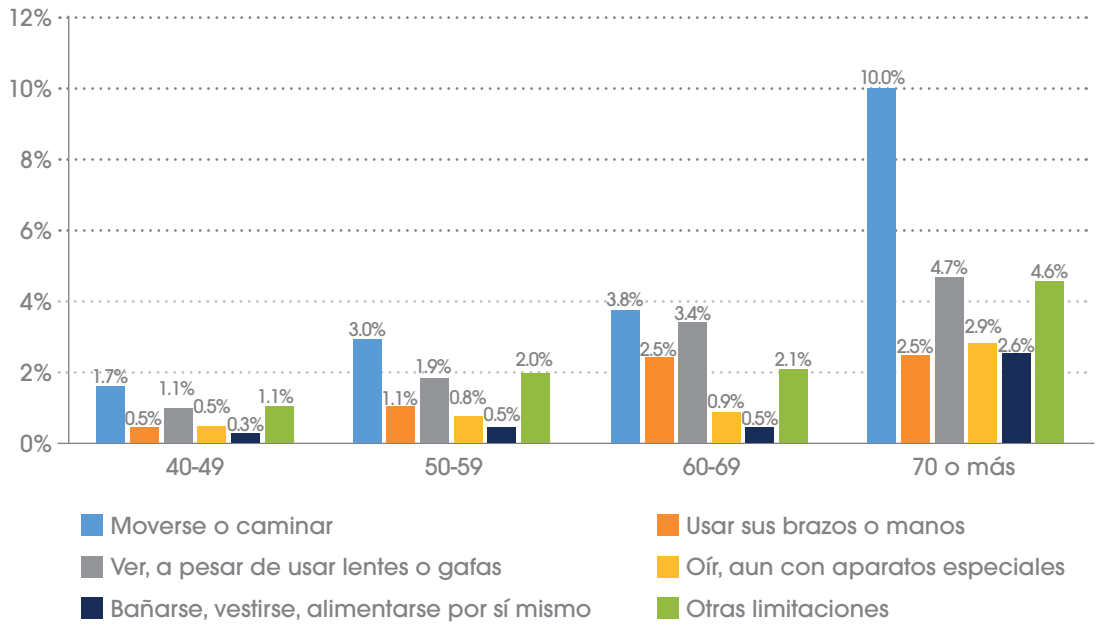
Porcentaje de hombres adultos con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

Figura 12

Porcentaje de mujeres mayores con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

La principal limitación en todos los grupos etarios y en ambas zonas –rural y urbana– es para moverse o caminar, con excepción de las personas de 40 a 49 años en las zonas rurales, cuya principal limitación es la de la categoría de "otras". En el grupo de 60 a 69 años, en la zona rural, un 5.4 % de las personas tiene dificultades para moverse o caminar, y un 2.5 % para mover los brazos; en la zona urbana, por su parte, el 3.7 % de las personas tiene limitaciones para moverse y un 1.7 % para usar los brazos. Y en el grupo de 70 años o más, en la zona rural, el 7.4 % de las personas tiene dificultades para moverse y el 4.7 % para oír, mientras que en la zona urbana el 10.2 % tiene limitaciones para moverse y un 2.3 % para oír (figuras 13 y 14). Estas diferencias por zona podrían deberse a que las personas mayores en las zonas rurales tienen más actividad (o al mejor acceso a los servicios de salud en las zonas urbanas).

Figura 13

Porcentaje de personas en la zona rural con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios

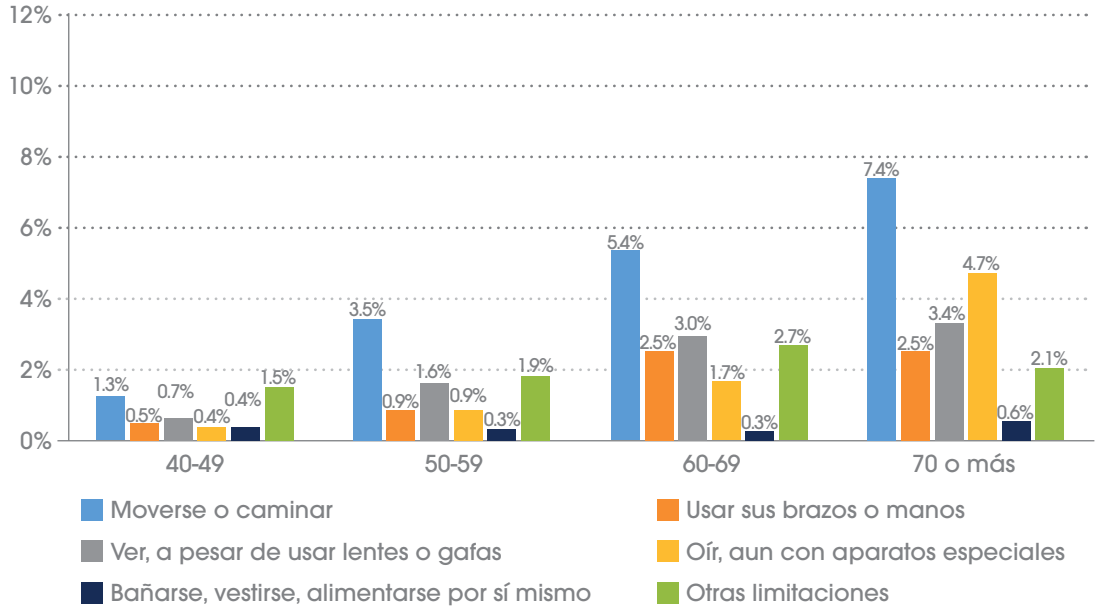
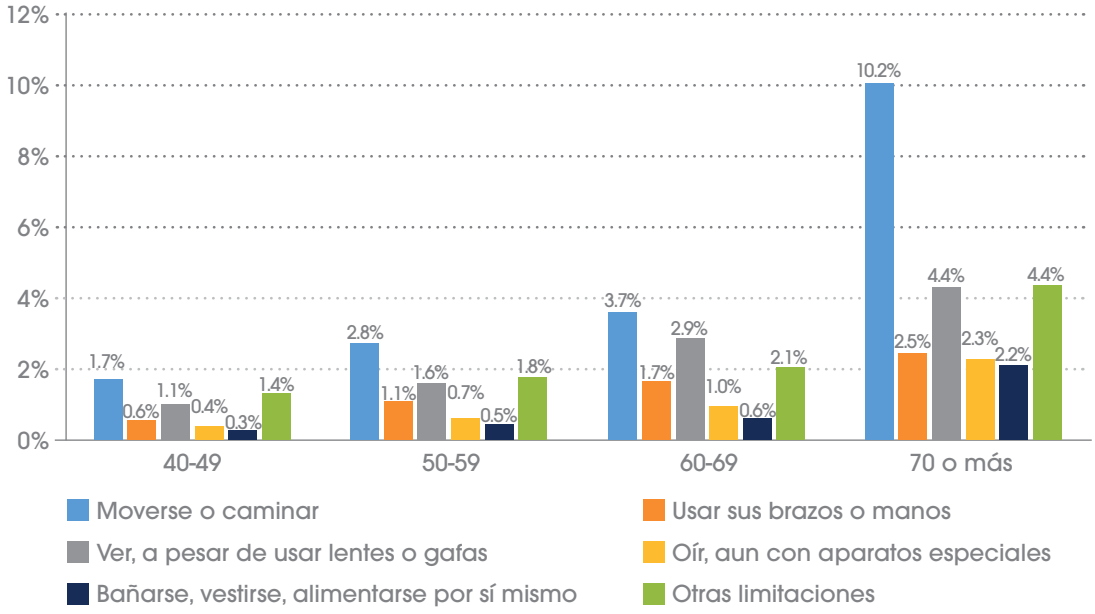


Figura 14

Porcentaje de personas en la zona urbana con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación y por grupos etarios

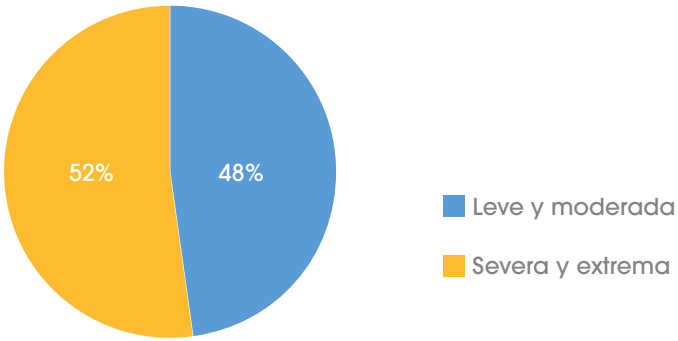


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

El 52 % de las personas de 60 años o más presenta una afectación severa y extrema, es decir, que no puede tener ninguna actividad, y su día a día se ve muy afectado. El 48 % restante presenta una afectación leve y moderada (Figura 15). Quiere decir esto que por lo menos la mitad de las personas mayores con alguna limitación permanente tiene severas y extremas dificultades para realizar las actividades diarias, y requiere cuidado especial, con las consiguientes implicaciones para la familia y el Estado en términos de tiempo y recursos financieros.

Figura 15

Porcentaje de personas mayores con limitaciones permanentes, según el grado de limitación en las actividades diarias



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

El 72 % de las personas de 60 años o más con alguna limitación permanente es cuidada, ya sea por alguien de la familia o por una persona ajena al hogar, ya sea remunerada o no (Figura 16). Una de las principales fuentes de cuidado proviene de las personas del mismo hogar, que en promedio brindan 54 y 55 horas semanales de cuidado. Es decir, que los miembros del hogar hacen jornadas de cuidado a las personas mayores cuya intensidad supera una laboral de 48 horas semanales (Figura 17).

La distribución de las personas, que cuidan a las personas mayores con limitaciones permanentes, indica que el cuidado lo brindan principalmente personas del hogar (por lo menos en el 50 % de los casos). El cuidado que se brinda en el hogar es especialmente alto en las limitaciones para bañarse, vestirse, alimentarse (76 %) y otras limitaciones (77 %). El porcentaje de personas mayores con limitaciones permanentes que permanecen solos es particularmente

importante en las limitaciones para moverse, caminar, usar los brazos y las manos, ver a pesar de usar gafas y oír aun con aparatos: entre el 25 % y el 35 %. Esta cifra no es despreciable y es muy preocupante: estas limitaciones son extremas e implican serios riesgos para la salud y la vida de la persona mayor (Figura 18).

El porcentaje de personas distintas de los miembros del hogar no remuneradas, que cuidan a las personas mayores con limitaciones permanentes, fluctúa entre un 9 % y un 16%. El cuidado de mayor porcentaje es el de las limitaciones para moverse o caminar (16 %), y el menor es el cuidado en limitaciones para oír, aun con aparatos (Figura 18). El porcentaje de personas que hacen labores de cuidado y son remuneradas es muy bajo, solo llega al 8 % en el caso de las personas con limitaciones permanentes para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismos. Vale la pena mencionar que para ninguna de las limitaciones permanentes de las personas hay instituciones contratadas para cuidarlas. Ello evidencia la importancia preponderante de la familia en el cuidado de las personas mayores.

Figura 16
Porcentaje de personas de 60 años o más con limitaciones permanentes que reciben cuidado

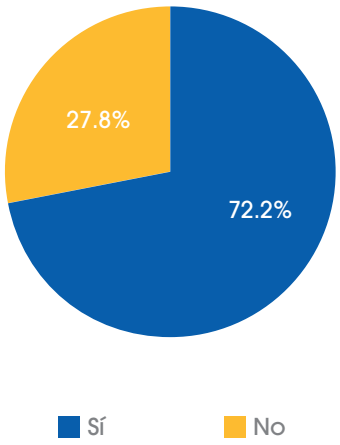
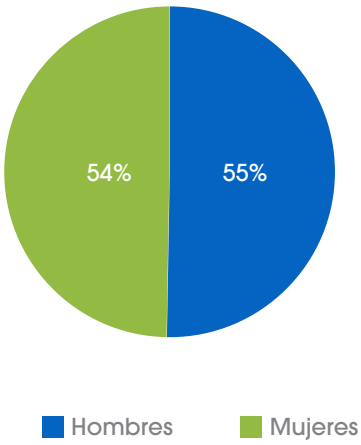


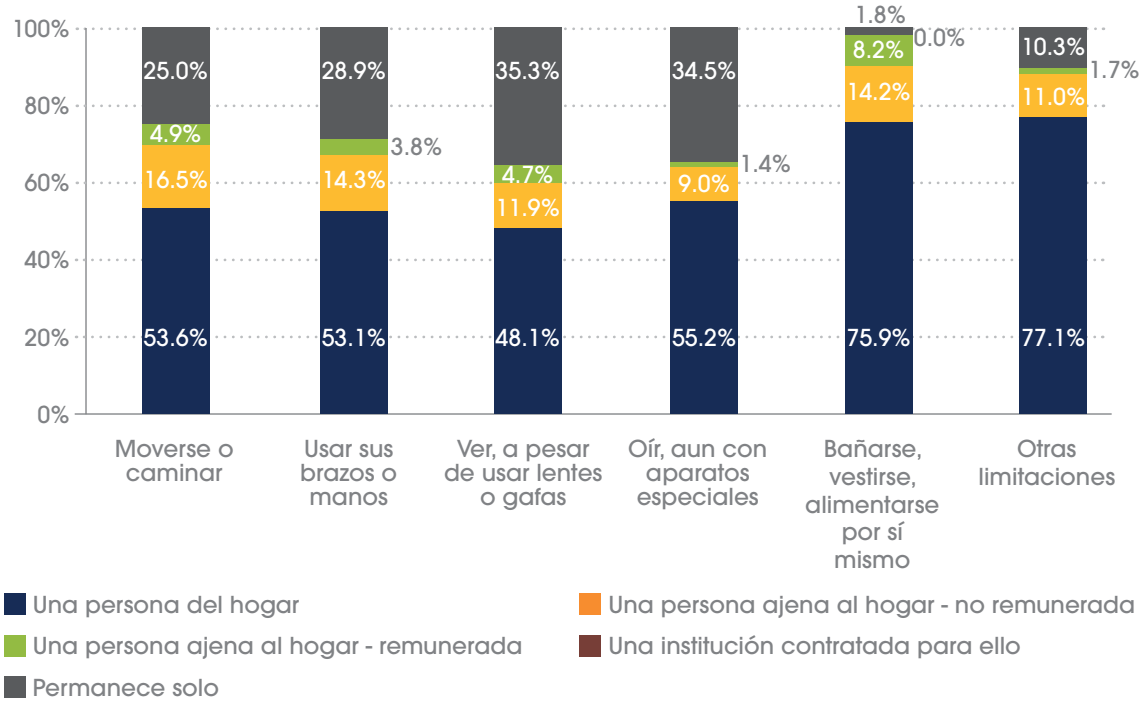
Figura 17
Promedio de horas de cuidado a la semana que reciben de miembros del hogar las personas de 60 años o más con limitaciones permanentes



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

Figura 18

Distribución de quienes brindan cuidado a las personas mayores con limitaciones permanentes, según el tipo de limitación



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

En resumen, los resultados sobre cuidadores indican que es la familia, y en este caso una persona del hogar, quien lleva las labores del cuidado de las personas mayores con limitaciones. En el cuidado de la persona mayor no hay diferencias por sexo: un 72 % de las personas de 60 años o más recibe algún tipo de cuidado, y tanto este como el número de horas no cambia sustancialmente por sexo.

6.4.6. El cuidado de las personas mayores y las enfermedades crónicas

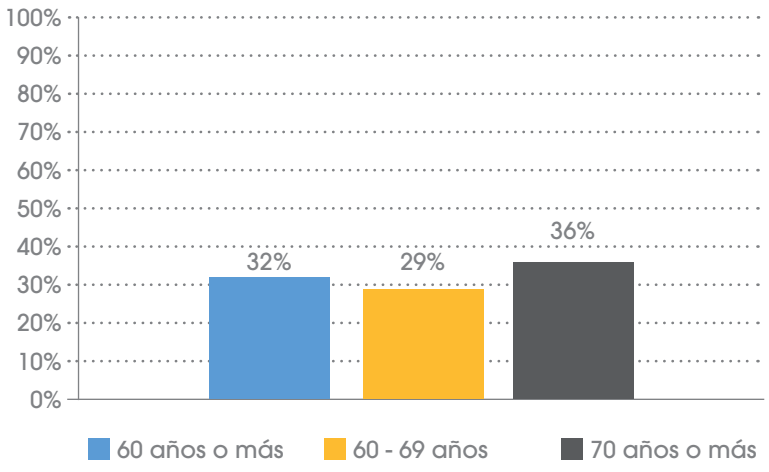
Al igual que las discapacidades, las enfermedades crónicas afectan las actividades de la vida diaria y la independencia de las personas mayores y

aumentan su necesidad de cuidado. En el agregado de personas de 60 años o más, el 32 % tiene alguna enfermedad crónica; ahora bien, desagregando, entre el grupo etario de 60-69 años la prevalencia disminuye en tres puntos porcentuales, mientras que para el de 70 años o más pasa del 29 % al 36 % (Figura19). El tipo de enfermedad crónica que más sufren tanto hombres como mujeres mayores es la hipertensión: un 19 % y un 22.4 %, respectivamente. En comparación con los hombres, las mujeres sufren más artritis o artrosis (7.5 %), diabetes (6.6 %), enfermedad renal (1.5 %) y problemas cerebrovasculares[8] (1 %). En los hombres son más comunes que en las mujeres el asma (3.2%) y los problemas cardiacos (3.8%) (Figura 20).

Al envejecer cronológicamente, es decir, al pasar del grupo etario de 60-69 años al de 70 años o más, aumenta el padecimiento de todas las enfermedades crónicas. La hipertensión pasa del 18.9 % en el grupo de 60-69 años al 23.2 % en el de 70 años o más. La diabetes aumenta de un 5.9 % a un 6.1 % y la artritis del 5 % al 7.8 % (Figura 21).

Figura 19

Porcentaje de personas de 6o años o más con alguna enfermedad crónica, por grupo etario

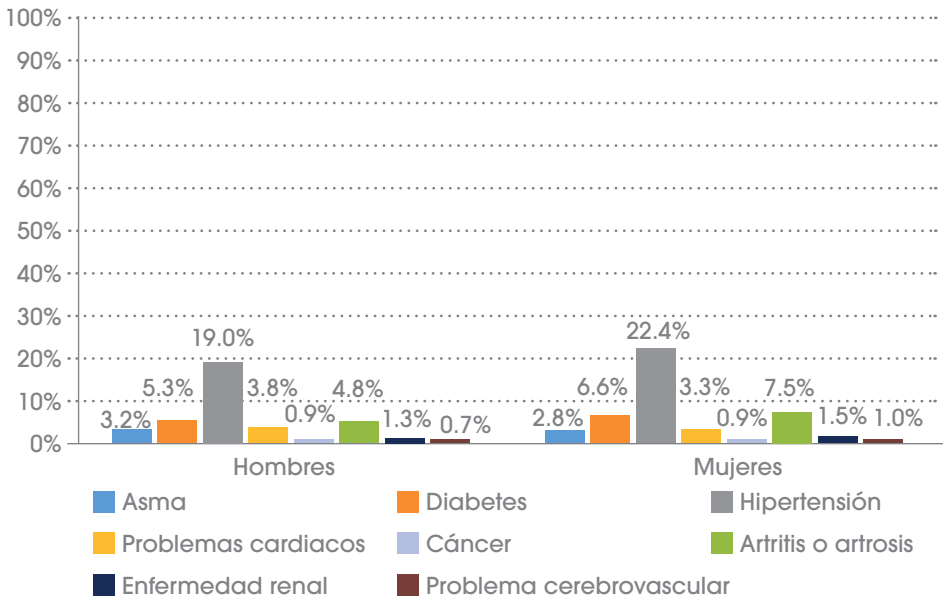


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

8 Los problemas cerebrovasculares incluyen la apoplejía, el derrame cerebral y la isquemia cerebral.

Figura 20

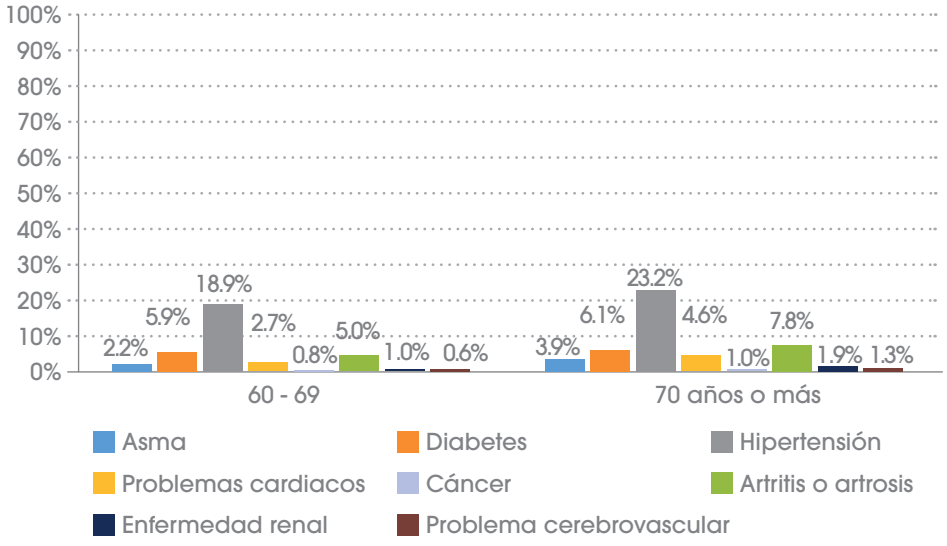
Porcentaje de personas de 60 años o más que sufren enfermedad crónica, por tipo de enfermedad y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

Figura 21

Porcentaje de personas de 60 a 69 años y de 70 años o más que sufren enfermedad crónica, por tipo de enfermedad y grupo etario

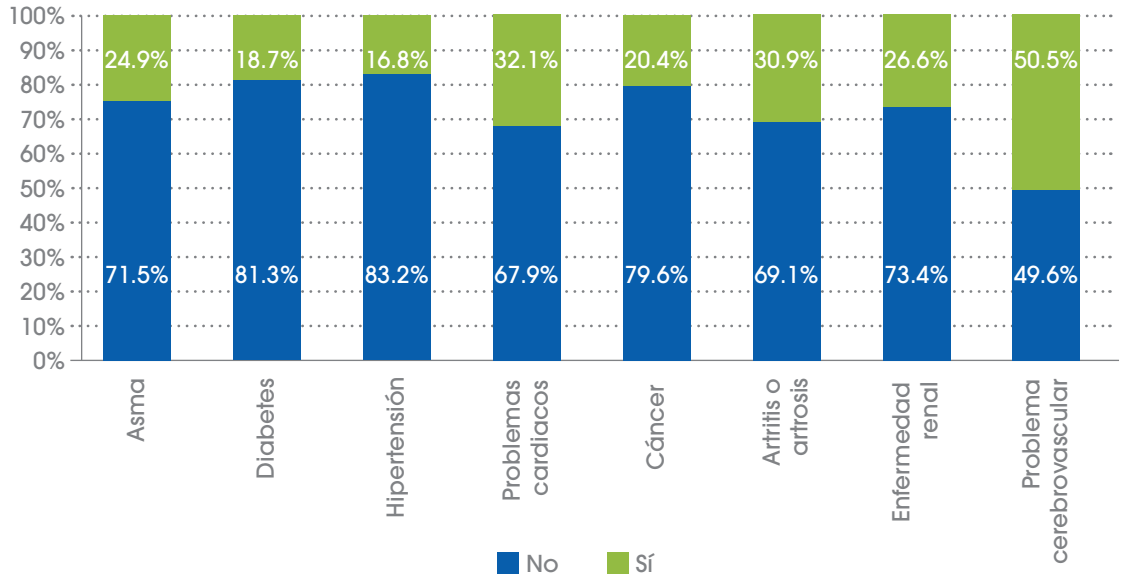


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

Menos del 50 % de las personas, que sufren alguna de las enfermedades crónicas consideradas, está siendo cuidada. Quienes padecen problemas cerebrovasculares son quienes más reciben cuidado (50.5 %), mientras que quienes padecen hipertensión son quienes menos lo reciben (17 %) (Figura 22).

Figura 22

Personas de 60 años o más que reciben cuidado, según tipo de enfermedad



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

Un 29 % de las personas de 60 a 69 años y un 37 % de las personas de 70 años o más tiene algún tipo de enfermedad crónica, y sufre principalmente de hipertensión. Estas enfermedades crónicas aumentan la necesidad de las personas mayores de recibir cuidados. Excepto las personas con problemas cerebrovasculares, la mayoría no recibe ningún tipo de cuidado. A medida que la población colombiana siga envejeciendo, el número de personas con enfermedades crónicas puede aumentar. Es crucial desarrollar diferentes mecanismos de prevención de las enfermedades crónicas y también crear soluciones de servicios del cuidado tanto estatales como privados.

6.4.7. Efectos derivados de la provisión de cuidado

Los resultados del análisis cualitativo coinciden con la literatura, según la cual el cuidado puede ser percibido como una "carga", y esta responde a la dificultad del cuidador de conciliar su tiempo y sus recursos con la atención de las necesidades de cuidado; cuando no, lo que se tiene es el efecto de "realce", según el cual la tarea de cuidado le genera bienestar a quien la realiza, toda vez que estimula sentimientos positivos.

En general, en todos los grupos se hace mayor referencia al cuidado como carga; sin embargo, hay algunas referencias al cuidado como algo satisfactorio, como algo que realza el rol de quien cuida. Al desagregar las referencias sobre el tema, las mayores manifestaciones de los "efectos de realce" del cuidado vinieron de las personas mayores de las zonas urbanas y de altos ingresos. Por otro lado, el cuidado tiene una connotación de carga para la totalidad de los grupos focales de 40 a 60 años, en los grupos de las zonas rurales y en los grupos de víctimas.

A continuación se analizan en primer lugar los resultados en los que el cuidado se asocia nociones de carga, y luego se presentan y estudian los casos en los que el cuidado tiene un efecto de realce.

Los grupos focales evidencian la negativa de las personas mayores a transferir la carga de su cuidado a sus familiares, pues reconocen que su grado de dependencia exige una serie de recursos económicos y psicológicos de los familiares y un esfuerzo para ellos adicional para poder conciliar sus obligaciones y responsabilidades cotidianas. En este sentido, las personas mayores asocian su dependencia a una carga para quien decide asumirla.

A esto se añade la percepción de las personas mayores de que sus familias, especialmente los integrantes más jóvenes, están dispuestos a renunciar más fácilmente a las responsabilidades de cuidado que en épocas anteriores se transferían naturalmente de generación en generación. La percepción de que sus potenciales cuidadores decidan asumir cada vez menos las cargas que implica, se asocia a la noción de abandono que, como se mencionó, está relacionada a su institucionalización, o en casos más críticos, al completo abandono. Está percepción la sintetiza el comentario de esta mujer en el grupo focal de mujeres mayores pensionadas en la ciudad de Montería:

Ahora, como dicen por ahí, "si tienes una vejez necia, entonces hay que meterte en un ancianato", porque la juventud de ahora no es como la de antes. Yo, por ejemplo, fui siempre de atender a mi viejita, hasta lo último… La juventud de ahora no es así.

(Mujeres, pensionadas, Montería)

Los participantes de los grupos focales consideran que el abandono no es solo físico; el abandono trasciende el plano emocional y afectivo y trae consigo el rompimiento de lazos afectivos y socioemocionales susceptibles de materializarse en el abandono físico. Esta percepción anticipada puede causar estrés y un daño psicológico al potencial receptor de cuidado, al punto de afectar su salud mental y sus proyectos de vida durante la vejez.

El abandono es quizás uno de los retos más importantes que tienen las familias y las instituciones, en la medida en que la desvinculación de la persona mayor de su familia acarrea serios daños psicológicos. En palabras de uno de los entrevistados:

La crisis que está enfrentando la familia como núcleo es la principal debilidad que hay, porque las personas dejan a las personas mayores en un espacio en el que se deshacen de ellas, no hay una reciprocidad de atención frente a lo que ellas alguna vez hicieron por nosotros cuando éramos chiquitos. Ahora tenemos tantas cosas que hacer, que ya no hay tiempo para atender a las personas mayores.

(Entrevista a profundidad)

La percepción de abandono es distinta a la de independencia, según la cual las personas, aun reconociendo una posible pérdida de facultades físicas y mentales en su vejez, prefieren su autonomía y solventar la mayoría de sus necesidades básicas e instrumentales sin acudir a un tercero.

Como cada hijo tiene su vida independiente, entonces yo seguiré en mi casa y me irán a visitar. Porque uno no puede ser una carga para los hijos ni para los nietos. La decisión ya es de ellos, de los sentimientos que tengan.

(Mixto, altos ingresos, Montería)

Hay muchas cosas por hacer, y también tengo pensado no ser una carga para mi familia. Eso es lo que uno más piensa.

(Mixto, 40 a 60 años, Bogotá)

En resumen, esta investigación sugiere que la independencia significa la interiorización y la minimización de las cargas de su propio cuidado, y que se procura prolongar la autonomía mediante el autocuidado, sin que ello implique el rompimiento de los lazos de apoyo físico o emocional. Mientras tanto, el abandono sí implica situaciones de divorcio físico y afectivo que tienen efectos negativos en la persona mayor.

6.4.7.1. Motivación para el cuidado: efecto retribución

La retribución y el cuidado intergeneracional son dos conceptos claves para entender las dinámicas de cuidado desde la esfera familiar. En algunos casos, la noción de retribución justifica el emprendimiento de las labores de cuidado de un familiar o ser querido. Como se ilustrará más adelante, el principio de reciprocidad y de compensación explican por qué las personas deciden cuidar o depositar sus expectativas de cuidado en una persona de quien se espera un acto de retribución. En otros casos, el cuidado intergeneracional explica dinámicas de retroalimentación positiva de saberes, experiencias y vínculos afectivos entre generaciones distintas.

Según el cruce de los resultados cualitativos, el "efecto carga" del cuidado guarda relación con la noción de retribución. Los resultados del análisis demuestran que las familias o sus potenciales cuidadores principales están dispuestos a asumir la carga del cuidado en compensación a las ayudas económicas o domésticas que las hoy personas mayores les prestan o les prestaron en el pasado.

Estos son casos en los que las dinámicas de reciprocidad definen acuerdos implícitos de cuidado entre distintas generaciones dentro de una familia y se evitan situaciones potenciales de abandono.

Así como uno trató a los hijos desde niños, que ellos lo traten a uno también a esa edad. Dicen que cuando uno llega a viejo, es igual a como cuando era niño. Si uno educa bien a los hijos, si los trata bien desde niños, cuando uno ya no pueda andar puede ser que ellos, tal vez ya mayores, lo cuiden a uno de la mejor manera, como uno los cuidó a ellos.

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

A mí me gustaría que me atendieran súper bien, y por eso yo he intentado que la educación de los hijos sea lo primero. Uno sabe que lo que uno siembra es lo que recoge. Yo he educado a mis hijos, les he dado ejemplo con mis padres, porque ellos han vivido bien… Yo espero que así, como yo les he enseñado, ellos hagan conmigo lo mismo.

(Mixto, 40 a 60 años, Montería)

Existe una relación de expectativa de retribución intergeneracional entre la necesidad de ser cuidado en el futuro y el cuidado y la crianza de los hijos en el pasado. Las personas tienen la expectativa de que sus hijos los cuiden en el futuro, en retribución al cuidado y al proceso de crianza que ellos les brindaron cuando eran niños. En la mayoría de los grupos focales, los participantes afirmaban que desearían que fueran sus hijos quienes estuvieran pendientes de su cuidado –directa o indirectamente–: "Uno recoge lo que siembra". En el grupo focal de Gutiérrez, un participante menciona:

Las relaciones que uno va adquiriendo, digamos que en el caso mío en el trabajo, todo es ir abonando terreno para el futuro. Con los hijos es parecido: voy a darle estudio a mis hijos, para que ellos de aquí a mañana no me vayan a dejar por ser una carga o, al contrario, que ellos no vayan a ser una carga para mí, como pasa en muchas partes. Es eso: ver qué puedo coger yo de aquí, para ir aportando para más adelantico.

(Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

6.4.8. Intervención del cuidador en la provisión de cuidado a las personas mayores: cuidado directo e indirecto

6.4.8.1. Cuidado directo

El cuidado directo implica la intervención concreta en las acciones propias del cuidado, y estas son de naturaleza básica o instrumental. Los resultados cualitativos revelan una prevalencia de la relación de cuidado directa sobre la indirecta. Se tuvieron en cuenta tanto los cuidados que se recibían al momento de la realización de los grupos focales, como las expectativas de los participantes frente al cuidado.

Las referencias categorizadas como cuidado directo significan que el sujeto mencionado por los participantes contribuía en la acción de cuidar. Por el contrario, cuando se aludía a un sujeto como supervisor o administrador del cuidado, se codificaba bajo la categoría de cuidado indirecto.

En la mayoría de los casos, las personas esperan que su cuidado provenga de algún familiar, y en este sentido procuran depositar esta responsabilidad, algunas veces dispendiosa, en personas de confianza con quienes se tiene un vínculo cercano. El hecho de compartir lazos emocionales y afectivos con ciertas personas, previos a las responsabilidades de cuidado, podría facilitar la disposición del cuidador potencial a asumir las "cargas", toda vez que dichos lazos parecieran estar por encima de las consecuencias negativas que se derivan del mismo.

Es importante subrayar que las personas solicitantes de cuidado pueden tener la certeza del tipo de cuidado que recibirán cuando conocen de antemano a

su potencial cuidador, esto es, a alguien de la familia, y sin que esto signifique que el cuidado que viene de un tercero sea deficiente. Esto, sin duda alguna, direcciona las expectativas en la familia.

6.4.8.2. Cuidado indirecto

Las referencias alusivas al cuidado indirecto explican otra dinámica de cuidado clave. El cuidado indirecto se refiere a la supervisión del cuidado, a que alguien vela y se asegura de que el cuidado que se está brindando sea el adecuado. Comúnmente, las referencias en esta categoría aluden al grado de intervención de un familiar en el cuidado del solicitante: si no participaba directamente en las acciones de cuidado, pero se preocupaba por el buen cuidado, se categorizaba como cuidado indirecto.

Según los resultados, la persona espera que el cuidado indirecto, especialmente en el ámbito familiar, no signifique un distanciamiento que termine vulnerando los lazos afectivos que existen entre ella y su proveedor. De hecho, se tiene la expectativa de que, en el ejercicio del cuidado indirecto, surjan expresiones afectivas en diversas oportunidades, como por ejemplo durante las visitas o en las llamadas telefónicas.

La tendencia de la persona mayor que necesita cuidado a no acudir a su núcleo familiar para satisfacer sus necesidades básicas e instrumentales responde a que considera que al hacerlo está generándole a su familia una carga y que se podrían llegar a afectar los lazos afectivos que se tienen. En otros casos, la persona cree que el cuidado indirecto por parte de la familia evita que esta exceda los límites del cuidado hasta constreñir su autonomía y perder su independencia. El sobre cuidado puede ser contraproducente para la persona mayor, pues limita su desenvolvimiento en la satisfacción de sus propias necesidades y, en general, de su autocuidado. Por esta razón, las personas mayores pueden tener el cuidado indirecto de sus allegados como una forma ideal de cuidado que no le resta el ejercicio de su autonomía y no menoscaba los lazos afectivos.

6.5. Oferta del cuidado que proveen las personas mayores

6.5.1. El tiempo dedicado al cuidado

Como se mencionó atrás, el cuidado puede ser formal –el que ofrecen, por ejemplo, las instituciones del Estado, las organizaciones sin ánimo de lucro o los servicios de cuidado privados– o informal –el que brindan la familia o las redes comunitarias de apoyo– (Ravazi y Staab, 2008, Bazo y Ancizu, 2004).
La información sobre la oferta y el número de personas que reciben cuidado formal en Colombia es poca. Esta sección estudia el cuidado informal, que se caracteriza por no ser remunerado y por no cumplir con los requisitos del cuidado formal, pues usualmente lo brindan miembros de la familia o allegados. El cuidado formal, en cambio, implica una remuneración al proveedor, que rara vez pertenece al círculo familiar. Esta sección se ocupa en particular del tiempo que las personas mayores dedican a las labores del cuidado, y se desagrega por grupos de edad.

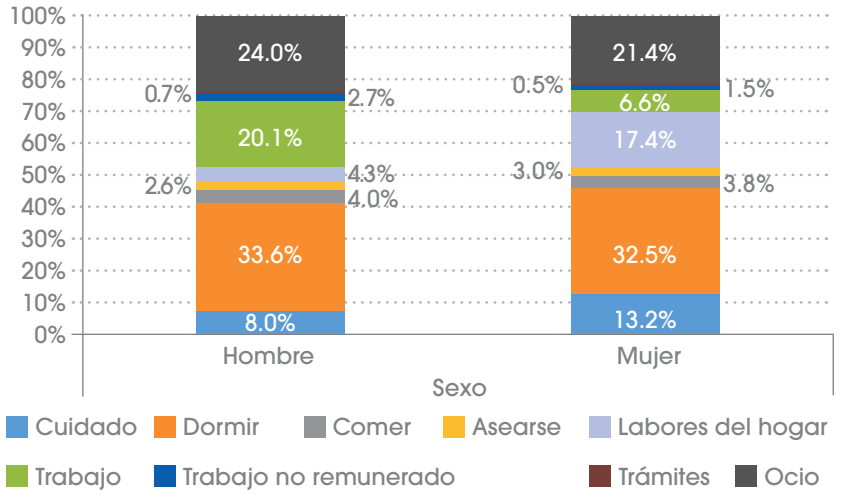
Mientras que las mujeres de 60 años o más dedican en promedio un 13.2 % (3.2 horas) de su tiempo al cuidado de otras personas, los hombres dedican un 8 % (1.9 horas). Las mujeres dedican un 17.4 % (4.2 horas) de su día a las labores del hogar, mientras que los hombres solo un 4.3 % (poco menos de una hora). Los hombres le dedican al trabajo remunerado más tiempo que las mujeres (20.1 % o cinco horas, versus 6.6 % o 1.6 horas). En general, los hombres tienen más tiempo de ocio que las mujeres (Figura 23). Estos resultados confirman la evidencia de la bibliografía revisada para este capítulo, según la cual la carga de cuidado y las labores del hogar son asumidas comúnmente por la mujer; esto por razones tanto estructurales como ideológicas, relacionadas con la distribución desigual del cuidado y de las labores domésticas por sexo. Como afirman Ullmann et al. (2014): "existe una fuerte rigidez en la división sexual del trabajo dentro del hogar y las mujeres siguen siendo las principales proveedoras de cuidado infantil y en general de los miembros dependientes" (p. 50). Siguen siendo, también, las principales responsables de las labores domésticas, en detrimento del tiempo para el ocio.

Las personas mayores dedican en promedio ocho horas a dormir. La tendencia es la misma en las personas de 60 años o más, en las áreas urbanas y en las rurales, con una relativa disminución en el tiempo dedicado al trabajo en el

caso de los hombres, y un aumento en el caso de las mujeres. Una gran diferencia es el tiempo que las mujeres del campo le dedican a las labores del hogar (21% o cinco horas), encontraste, por ejemplo, con la poca dedicación a los trabajos remunerados (4.6 % o una hora) (figuras 24 y 25).

Figura 23

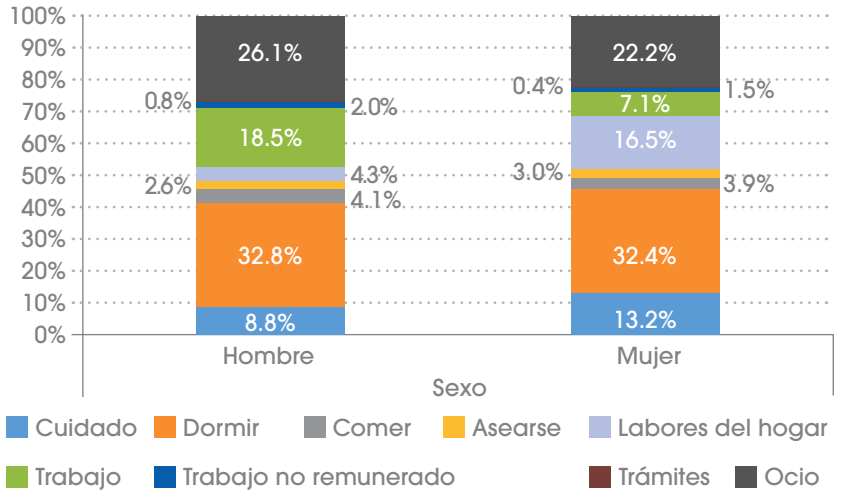
Uso del tiempo de las personas de 60 años o más, por sexo. Total nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

Figura 24

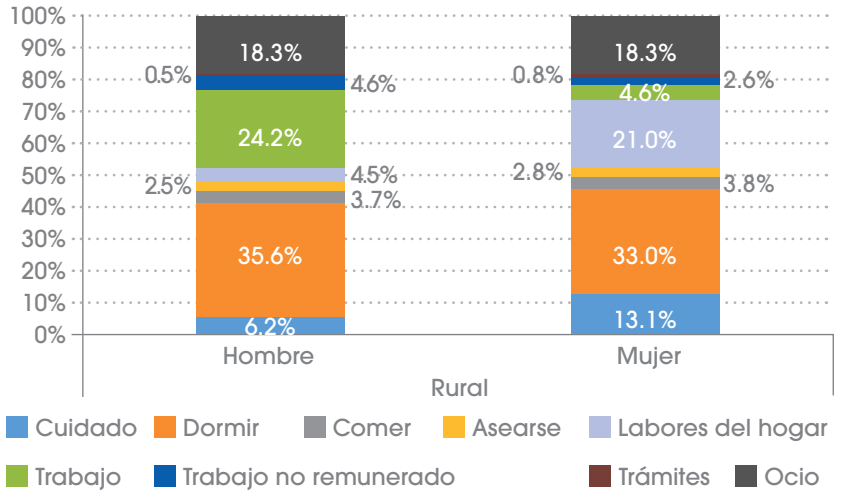
Uso del tiempo de las personas de 60 años o más en las zonas urbanas, por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.

Figura 25

Uso del tiempo de las personas de 60 años o más en las zonas rurales, por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.

El tiempo que los hombres dedican al cuidado se mantiene relativamente estable con la edad, pero en las mujeres disminuye a medida que su edad aumenta. Mientras que las mujeres de 40 a 49 años le dedican al cuidado un 17 % en promedio –cuatro horas– de su tiempo por día, las mujeres de 50 a 59 años le dedican un 14 % (3.4 horas), las de 60 a 69 un 13.3 % –3.2 horas– y las de 70 o más un 10.9 % –2.6 horas– (figuras 26 y 27). Esta diferencia se explica porque, en general, las mujeres entre los 40 y los 59 años pueden estar cuidando a la vez a sus padres y a sus nietos, mientras que en edades más avanzadas cuidarán a sus nietos y probablemente a sus parejas, pero no a sus padres. En los dos sexos aumenta con la edad el número de horas que se dedican al sueño, lo que puede atribuirse al desgaste fisiológico que viene con el incremento de la edad cronológica.

Vale la pena destacar que el tiempo de ocio aumenta con la edad en hombres y mujeres en las zonas urbanas, y que es mayor en los hombres: va de 4.7 horas entre los 40 y los 49 años, al 32.9 % del tiempo, casi ocho horas, después de los 70 años. En las mujeres el tiempo de ocio aumenta de 3.8 horas entre los 40 y los 49 años a 7.2 horas después de los 70. Aunque las zonas urbanas pueden ofrecer un mayor número de actividades de ocio productivo para

las personas mayores (tienen actividades lúdicas o físicas que pueden ayudar a su salud física y mental, como, por ejemplo, la gimnasia para la tercera edad), no se tiene información sobre las características de este ocio.

La tendencia en las zonas rurales es en general la misma, aunque allí las mujeres, en comparación con las de las zonas urbanas, le dedican un menor número de horas al cuidado y al ocio, y más horas al sueño y a las labores del hogar (figuras 28 y 29).

Figura 26

Uso del tiempo de los hombres en las zonas urbanas, por grupos etarios

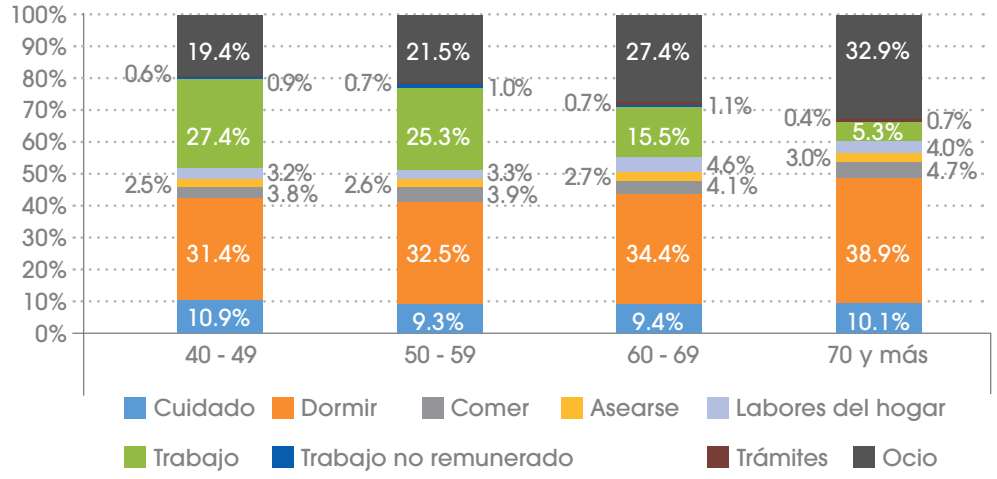


Figura 27

Uso del tiempo de las mujeres en las zonas urbanas, por grupos etarios

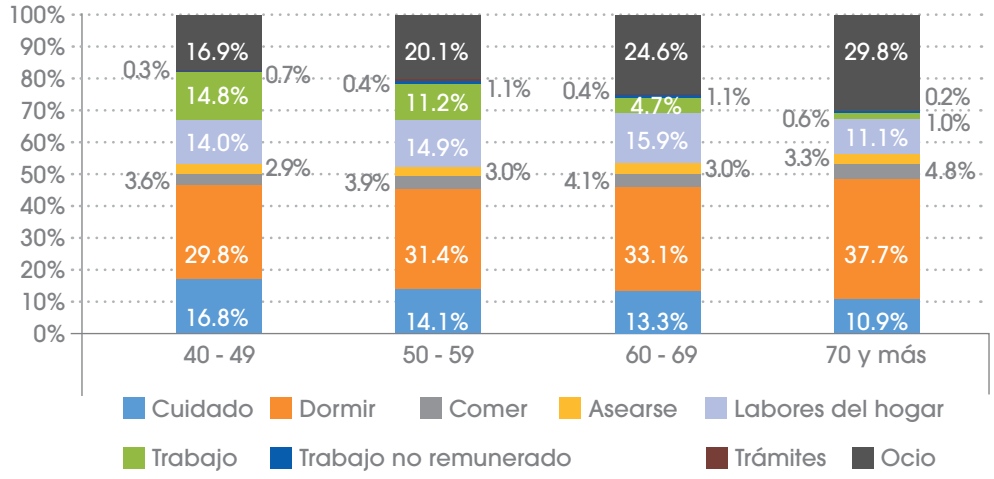


Figura 28

Uso del tiempo de los hombres en las zonas rurales, por grupos etarios

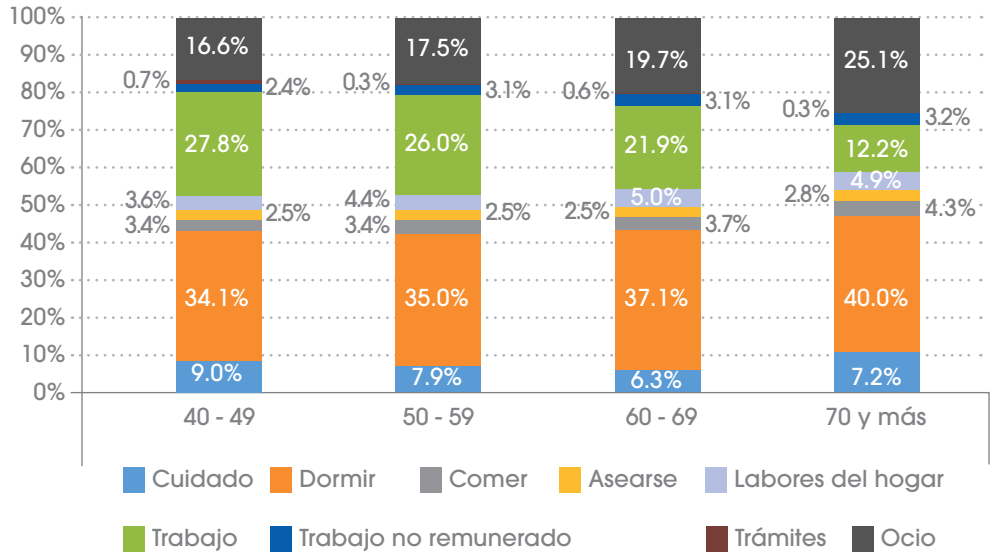
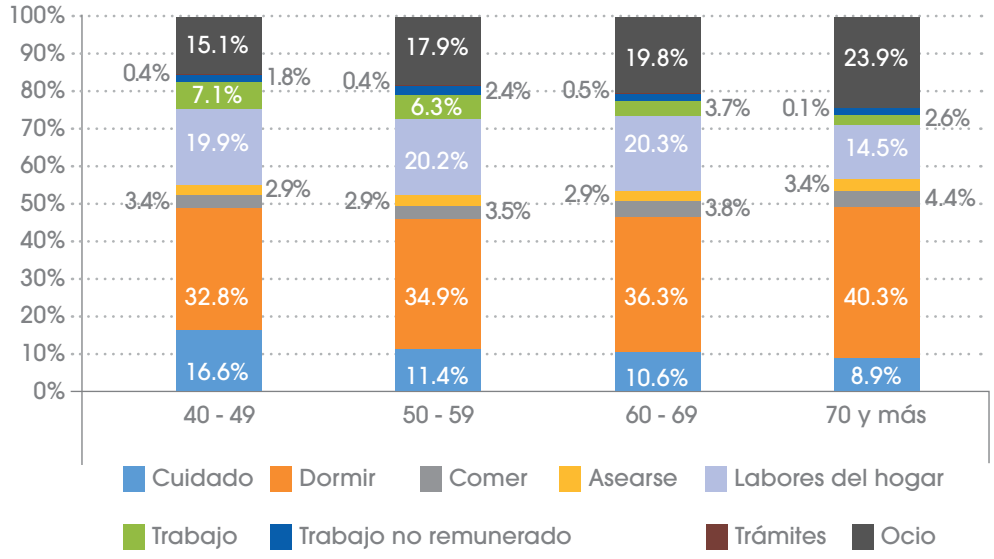


Figura 29

Uso del tiempo de las mujeres en las zonas rurales, por grupos etarios

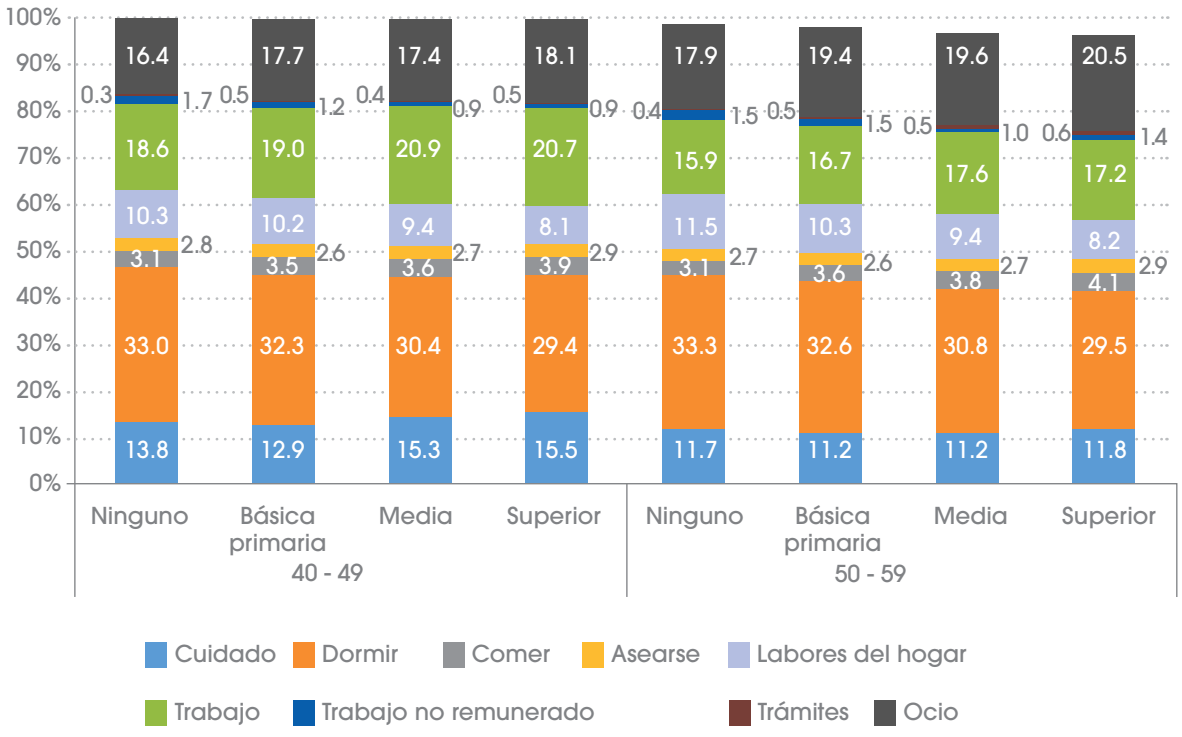


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.

Aunque en general la distribución del tiempo es similar en todos los niveles socioeconómicos, es evidente que el que le dedican al cuidado de otras personas, al ocio y al trabajo aumenta a la par con el nivel socioeconómico de la persona en todos los grupos etarios. En cambio, las horas dedicadas al sueño son menos para las personas con mayor nivel educativo. Esto se podría explicar porque estas personas tienen trabajos con horarios más flexibles y más ingresos para dedicar tiempo al ocio productivo (figuras 30 y 31).

Figura 30

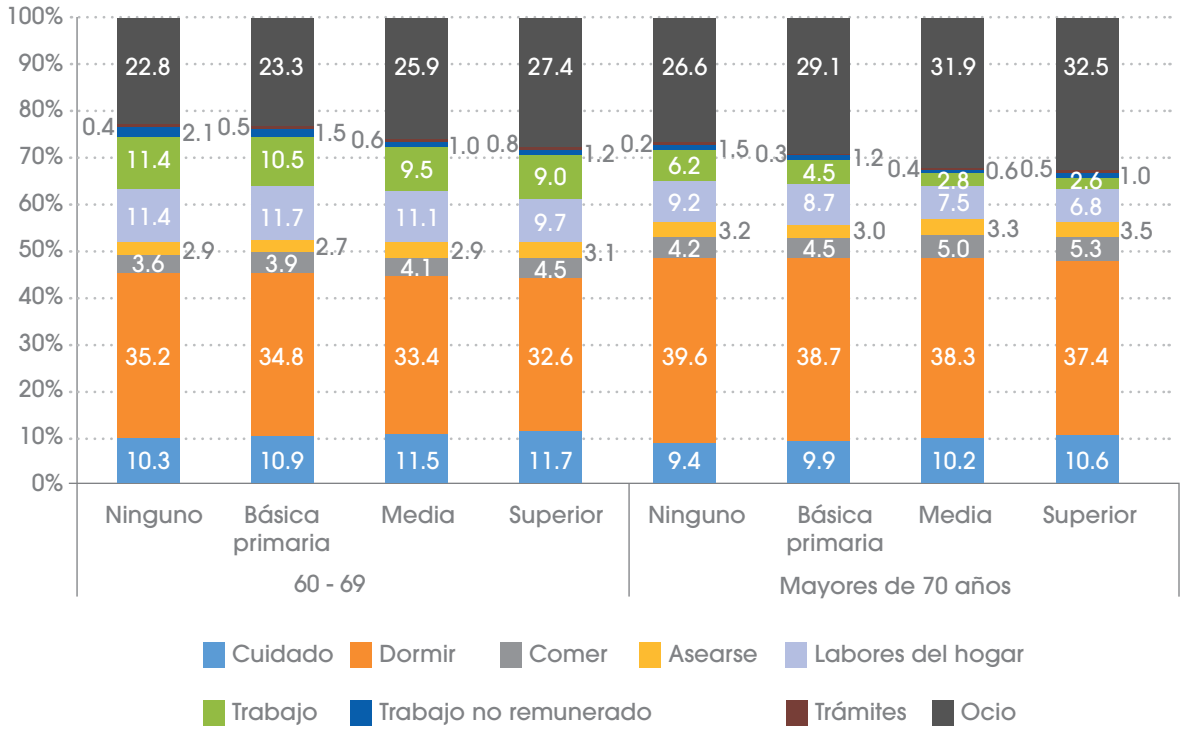
Uso del tiempo por nivel socioeconómico y grupos etarios de 40-49 años y 50-59 años



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.

Figura 31

Uso del tiempo por nivel socioeconómico y grupos etarios de 60-69 años y de 70 años o más



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Uso del Tiempo 2012.

6.5.2. Persona mayor cuidadora

6.5.2.1. A quién cuida la persona mayor – resultados cuantitativos

El cuidado que se les brinda a las personas mayores del hogar no es una actividad unidireccional, pues estas también hacen contribuciones al hogar, entre las que se encuentra el cuidado de otras personas, ya sean nietos, cónyuges, familiares en situación de discapacidad o de edad más avanzada.

El rol de las personas mayores como cuidadores está cada vez más presente en todas las sociedades, en especial en las afectadas por el VIH y el Sida, pero también en países de altos ingresos, donde los abuelos de 80 años o más se hacen

cargo de sus nietos. Según Fajardo y Núñez (2011), desempeñarse como cuidador ayuda a las personas mayores a mantener un rol social y a sentirse útiles. Sin embargo, la experiencia varía dependiendo de varios factores: el vínculo afectivo con la persona cuidada, la extensión del período de cuidado y el apoyo familiar y social para el desempeño de este rol. La responsabilidad del cuidado recae principalmente en las mujeres, lo que en ocasiones va en detrimento de ellas.

Las personas de 60 años o más cuidan principalmente a otras personas mayores y a otros adultos, pero a medida que envejecen van dejando de hacerlo. En el caso de las personas entre 60 y 69 años, se mantiene el orden de las personas a las que cuidan, pero el porcentaje de no cuidado es el más importante: 74 % (Figura 32). En el grupo de personas de 70 años o más, el porcentaje de personas que no cuidan a otros aumenta al 81 %, pero se mantiene el porcentaje de cuidado a otras personas mayores (16 %) (Figura 33). Esto podría explicarse por el hecho de que las personas de 70 años o más no solo pudieron haber perdido a sus parejas, sino que han sufrido un deterioro fisiológico que les impide realizar tareas de cuidadores.

En relación con el tipo de cuidado que brindan las personas de 60 años o más, la labor principal son las actividades de cuidado básico[9], seguidas de cuidados médicos y de entretenimiento. Los cuidados básicos los brindan principalmente a personas mayores (38 %), adultos (30 %) y niños (2 %). Los cuidados de entretenimiento tienen porcentajes bajos, pero se destinan principalmente a adultos (8 %) y niños (3 %). Los cuidados médicos, así como los básicos, se dirigen principalmente a personas mayores (36 %), adultos (15 %) y niños (2 %) (Figura 34).

9 Las actividades de cuidado básico comprenden la alimentación y el baño. Las de entretenimiento incluyen los juegos, leer cuentos, llevar al parque, ayudar con las tareas y llevar al sitio de estudio. Los cuidados médicos incluyen dar medicamentos y llevar a citas médicas.

Figura 32
Distribución de personas entre 60 y 69 años según a quién cuidan

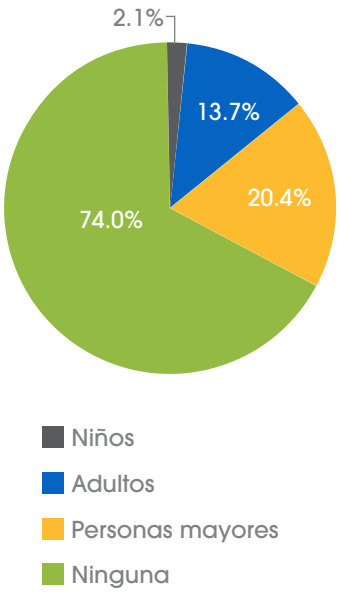
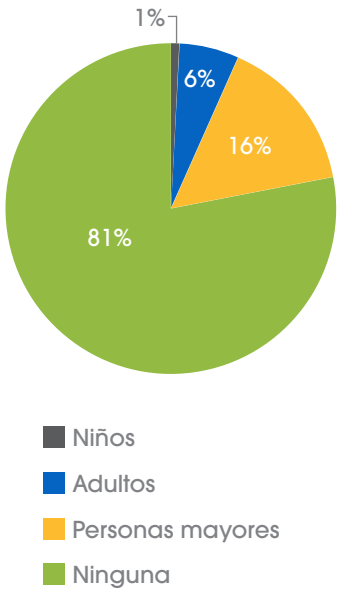
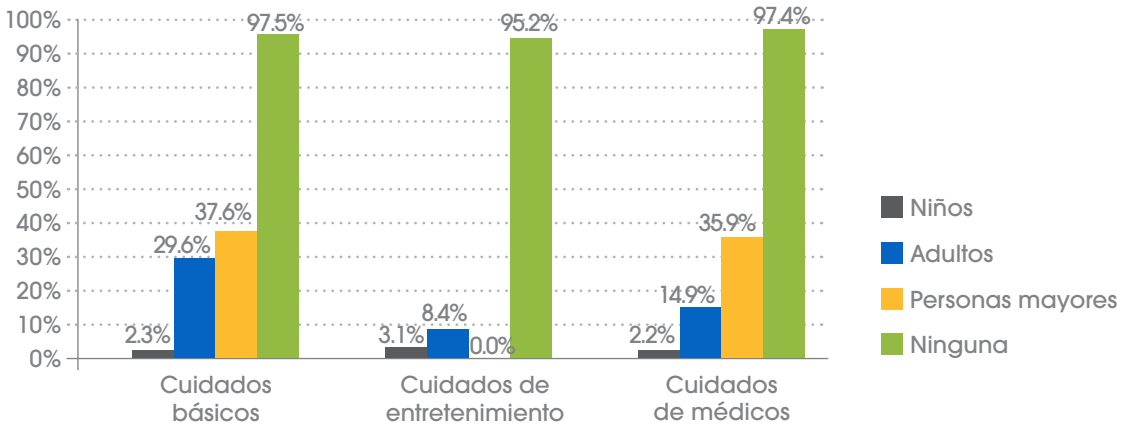


Figura 33
Distribución de personas de 70 años o más según a quién cuidan



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2012.

Figura 34
Proporción de personas de 60 años o más, según a quién cuidan y por tipo de cuidado



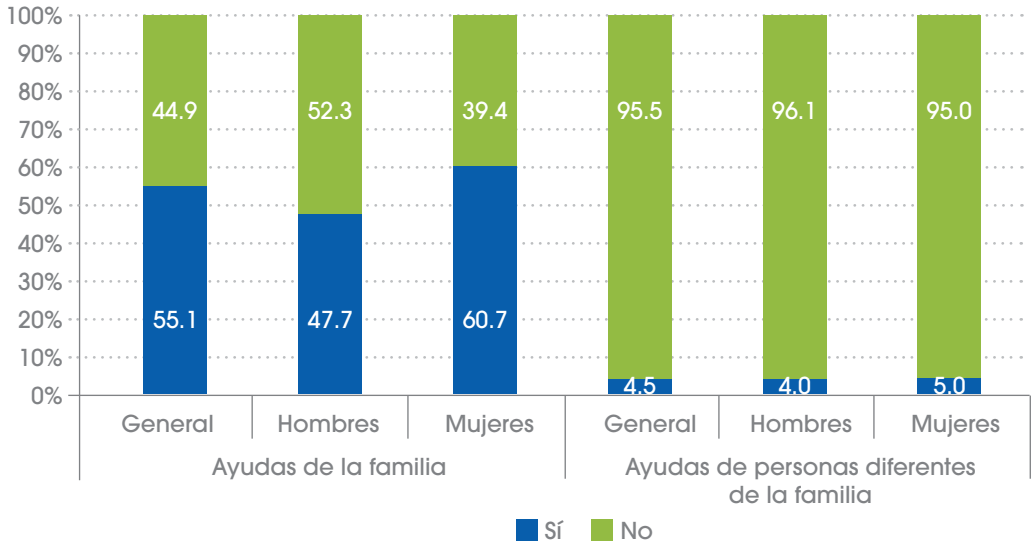
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2012-2013.

El cuidado de las personas mayores en Bogotá

La encuesta SABE, aplicada en la ciudad de Bogotá, ha estudiado con rigor el tipo de cuidado que se brinda a las personas mayores. Los diferentes tipos de ayuda que reciben las personas mayores en Bogotá –de orden material, cognoscitivo y emocional, entre otros– provienen principalmente de la familia y los reciben en mayor grado las mujeres. En general, el 55.1 % de las personas mayores recibe ayuda de la familia. El porcentaje es mayor para las mujeres (60.7 %) que para los hombres (47.7 %). El 4 % de las personas mayores recibe ayuda de personas diferentes a la familia. En este caso, también, el porcentaje es superior en

Figura 35

Porcentaje de personas de 60 años o más, por sexo, que reciben ayuda (según el tipo de ayuda)



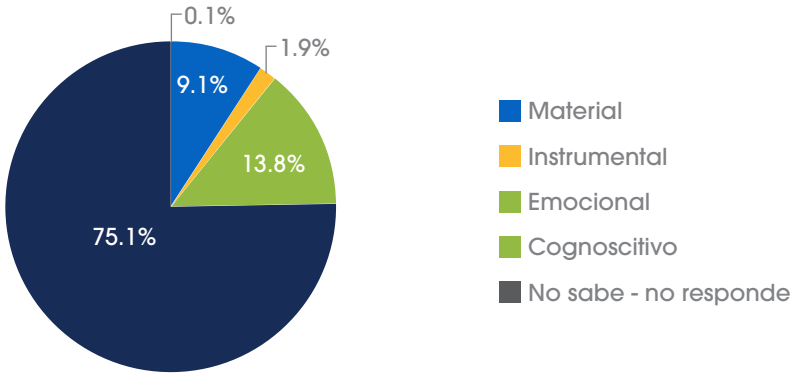
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE, Bogotá, 2012).

las mujeres (5.0 %) que en los hombres (4.0 %) (Figura 35).

Entre los diferentes tipos de ayuda que pueden recibir las personas mayores se encuentran: i) la ayuda cognoscitiva, que se refiere al intercambio de experiencias, información y consejos; ii) la ayuda material, que es dinero, alojamiento, comida, ropa y pago de servicios; iii) la ayuda instrumental, que es cuidado, transporte y labores del hogar; y iv) la ayuda emocional, que se refiere al afecto, la compañía, la empatía, el reconocimiento y la escucha.
Vale la pena resaltar que el tipo de ayuda que reciben las personas mayores de sus familiares es principalmente de orden cognoscitivo (75 %).
En segundo lugar está la ayuda emocional (14 %), seguida de la ayuda material (9 %) y por último la ayuda instrumental, con un 2 % (Figura 36).
Las diferencias en los resultados sobre los tipos de cuidado responden a que la encuesta SABE cuenta con una muestra de personas mayores que residen en Bogotá y con una lista de cuidados más completa que la de ENUT y ENDS.

Figura 36

Distribución del tipo de ayuda que reciben las personas mayores de su familia[10]



Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE, Bogotá, 2012).

10 El tipo de ayuda que brindan personas diferentes a la familia de la persona mayor no se pudo calcular debido a las pocas observaciones en la encuesta.

6.5.2.2. Resultados cualitativos

La revisión de la literatura permitió la formulación de hipótesis que pudieran conducir la investigación tanto en la parte cualitativa como cuantitativa. Entre ellas se estableció el supuesto de que las relaciones de cuidado intergeneracional con mayor prevalencia se configuraban entre las personas mayores y sus nietos, tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Sin embargo, aunque los participantes mayores de ambas zonas referenciaron a la familia como la principal receptora de su cuidado, los datos recogidos muestran una prevalencia clara de relaciones de cuidado intergeneracional entre las personas mayores y sus padres en las zonas rurales, y entre las personas mayores y sus nietos en las zonas urbanas.

6.5.2.2.1. Grupos urbanos

Las personas mayores de 60 años en las zonas urbanas aluden, en primer lugar, al cuidado de los nietos, luego al de los padres y en tercer lugar a la de la pareja. Las mujeres mayores en las zonas urbanas, en particular, identifican en primer lugar el cuidado a los nietos, en segundo lugar a los padres y finalmente a los hijos; los hombres, por su parte, se refieren en mayor grado al cuidado de los nietos y la pareja, y en segundo lugar al cuidado de los hijos y los padres.

Yo lavo, cocino, plancho, llevo los niños [los nietos] al colegio, los traigo y les tengo la comida.

(Mujeres, víctimas, Bogotá)

Yo tengo una sola hija con dos nietos. No me deja para nada, hasta ahora soy feliz con ella. Yo cuido a mis nietos y estoy dedicada a ellos.

(Mujeres, víctimas, Bogotá)

Cuando están estudiando, me toca sacarlos a la ruta y recogerlos. Cuando no hay ruta, me toca ir a buscarlos hasta el colegio. Pero me enfermé, y ahora solo los saco a la ruta y al otro lo recojo en el colegio. Cuando mi hija tiene que hacer otras cosas, me pide que vaya a buscar a la niña al colegio. Me la paso recogiendo niños.

(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

En cuanto a diferencias según el ingreso, las personas mayores de bajos ingresos se refieren más al cuidado de los nietos, luego los padres y por último la pareja. En los ingresos medios aluden más al cuidado de la pareja, y en segundo lugar, y en el mismo plano de importancia, al cuidado de los nietos y padres. Para el grupo de altos ingresos, la mayoría de las referencias son al cuidado de los padres y en segundo lugar a los nietos.

6.5.2.2.2. Grupos rurales

Las personas mayores en las zonas rurales resaltaron el cuidado de los padres, seguido del de la pareja y, finalmente, el de los hijos y nietos. Esto puede obedecer a que los hijos en las zonas rurales tienden a migrar hacia las ciudades en busca de mejores oportunidades de trabajo y educación, por lo que es menos frecuente que vivan con los padres.

Yo a mi papá lo cuidé cuatro años. Era ciego. Le dio trombosis y había que ayudarlo a moverse, bañarlo, tratarlo bien.

(Estudio de caso, El Salado)

Mi mamá tiene 84 años. Se ve joven, pero tiene una enfermedad que ya no para. Yo tengo que llevarla, traerla… de todo.

(Mujeres, ingresos medios, Ayapel)

La gallina crio los pollos, y los pollos se fueron. Cada uno con sus esposas. Yo solo tuve una mujer que consiguió marido ligero y se fue. Los hijos son prestados: unos estudian y se van, otros consiguen sus esposas, cada uno consigue su hogar y se va. Han conseguido trabajo en otras partes.

(Mujeres, bajos ingresos, Gutiérrez)

6.5.2.3. Mujer mayor cuidadora: dedicación a las labores de cuidado

6.5.2.3.1. Grupos urbanos

Las mujeres mayores de las zonas urbanas mencionan en primer lugar el cuidado de sus nietos; luego el de sus padres y el de la pareja. En pocos casos se hizo mención al cuidado de los hijos, particularmente con algún tipo de discapacidad o limitación.

NIETOS

Trabajé en una empresa. Ahora soy pensionada y cuido a mis nietos.

(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

Yo vivo con mis dos nietos, que son huérfanos. Los cuido, les doy el estudio y también trabajo para que no nos falte la comida.

(Mujeres, víctimas, Pasto)

PADRES

El grupo familiar, en mi casa, somos tres: mi hermana, mi papá que tiene 80 años y yo, que me dedico a cuidarlo a él porque mi hermana trabaja.

(Mujeres, víctimas, Montería)

PAREJA

A mí me toca cuidar a mi compañero.

(Mujeres, pensionadas, Montería)

HIJOS

Yo ahorita vivo con un hijo discapacitado.

(Mujeres, pensionadas, Montería)

Mi hijo tuvo un accidente en Ricaurte y quedó parapléjico. Estoy dedicada a él.

(Mujeres, víctima, Pasto)

6.5.2.3.2. Grupos rurales

Las mujeres mayores en las zonas rurales se refirieron como principales receptores de cuidado a los padres, seguidos de la pareja y por último de los hijos.

PAREJA

Ahora trabajo, porque mi esposo es discapacitado. Para sostenernos tengo que trabajar.

(Mujeres, ingresos medios, Puerres)

HIJOS

Yo cuido a mi hija [...]

(Mujeres, ingreso medio, Ayapel)

Los resultados del análisis cualitativo coinciden con los datos obtenidos en el análisis cuantitativo y con la literatura en el sentido de que el rol de la mujer de proveedora de cuidado intrafamiliar, incluso en edades avanzadas, opaca a los hombres. Esto significa que las mujeres, aún en su vejez, no solo no renuncian a las responsabilidades de cuidado, sino que, de hecho, son las principales proveedoras de cuidado multigeneracional en los hogares y, en algunos casos, fuera de él.

6.5.3. Necesidades que atiende la persona mayor cuidadora: necesidades básicas, instrumentales y socioemocionales

Los participantes de los grupos focales en las zonas urbanas de menores ingresos mencionan como acciones de cuidado las labores instrumentales del ámbito doméstico, incluidas la limpieza y la preparación de alimentos, entre otros.

Toca ayudarle a ella en lo que uno pueda ayudarle: a barrer, cocinar, limpiar baños. Sobre todo ayudar a hacer el aseo y lo que se ofrezca en la casa. A veces si hay necesidad de hacer un trabajito que uno pueda hacer en la casa, toca ayudar a hacerlo. Con cualquier cosita toca ayudar. Y ellas son agradecidas con uno.

(Hombres, pensionados, Pasto)

En los casos de cuidado intergeneracional entre personas mayores y sus nietos, se hace referencia al suministro y preparación de alimentos y al acompañamiento al colegio o jardín. En el caso de los padres, se mencionan acciones de cuidado básicas como el baño y el suministro de alimentos, fundamentalmente.

> *Mi hija ahora no tiene a su compañero y le ha tocado trabajar para sostener el colegio de su niña. Yo estoy en la casa y la llevo al colegio.*
>
> (Mujeres, pensionadas, Montería)

> *Mi hija trabaja y los hijos se van a estudiar a las 12, entonces yo tengo que tenerles el almuerzo. Ahora mi nieta se va a estudiar y yo cuido al bisnieto.*
>
> (Mujeres, pensionadas, Pasto)

6.5.4. Efectos del cuidado en las personas mayores cuidadoras

La pérdida de autonomía y la consecuente dependencia por la aparición de enfermedades crónicas o discapacidades implican jornadas de atención extensas e intensas que pueden afectar la calidad de vida de los cuidadores. En algunos casos se evidenció que el cuidado de personas mayores altamente dependientes implicaba una carga para el cuidador que, en la mayoría de los casos, era también una persona mayor. En el estudio de caso de Palenque, una participante manifiesta:

> *Yo he hecho de todo, he trabajado en el monte, he sacado yuca, he sembrado y cortado arrobos, he apilado, he hecho de todo un poquito en esta vida. Ahora no estoy haciendo nada, porque mi marido está inconsciente y hay que hacerle de todo. Estoy parada, porque con él así no puedo hacer nada.*
>
> (Estudio de caso, Palenque)

En el grupo focal de altos ingresos en Montería, una participante se refiere al cuidado de su madre y a la carga que este supone para su esposo, quien también está llamado a cuidarla:

Tiene un problema, ella tiene principios de Alzheimer. Eso se lo cuida mi esposo. De pronto, se cansa, conociéndola a ella…

(Mixto, altos ingresos, Montería)

Esta información coincide con la literatura, pues queda claro que algunas enfermedades crónicas exigen extrema paciencia de los cuidadores. Con el tiempo se podrían convertir en una carga, sobre todo tratándose de personas mayores cuidadoras.

La pérdida de facultades físicas no solo supone una limitación en la satisfacción autónoma de las necesidades básicas, sino también de las necesidades instrumentales que las soportan. Los grupos focales evidencian que las limitaciones físicas, que generan dependencia, impiden la ejecución de labores instrumentales dentro y fuera del hogar y terminan por afectar la salud física de la persona. En la mayoría de los casos, la familia, en quien la persona mayor deposita la expectativa de proveer cuidado, no está en capacidad de responder oportunamente a las necesidades requeridas. Una participante del grupo focal de mujeres pensionadas en Bogotá explica esta situación:

Hace como mes y medio me operaron de la cadera y eso sí me afectó: ya uno no se puede movilizar por sí mismo, y es como una carga para los hijos, pues ellos trabajan y no lo pueden llevar a uno al médico, que los remedios, que no sé qué…

(Mujeres, pensionadas, Bogotá)

El cuidado implica una serie de aptitudes psicológicas que exceden las habilidades y los conocimientos técnicos que el cuidador potencial puede tener. En términos generales, se percibe una dificultad para manejar los deseos y las necesidades de las personas mayores. Los individuos de 40 a 60 años mencionaron que la vejez trae consigo una pérdida de facultades mentales que lleva a tomar decisiones, posturas o actitudes equivocadas que terminan convirtiendo al cuidado en una carga. Así las cosas, prevén que su futuro cuidado implicará paciencia por parte de sus hijos, quienes deberán sortear este tipo de circunstancias. Uno de los participantes del grupo focal 40 a 60 años en el municipio de Gutiérrez, Cundinamarca, se refiere así al tema:

> *Pues yo le pido mucho a mi Dios que yo sea consciente, el día de mañana, de no hacer sufrir a los hijos. Porque esa terquedad de uno hace sufrir a los hijos.*
>
> (Mixto, 40 a 60 años, Gutiérrez)

6.5.4.1. Efectos del cuidado intergeneracional

El análisis también registró situaciones en las que los participantes de los grupos focales se referían al bienestar que les generaban las labores de cuidado. El cuidado a las personas mayores de la familia se percibe como una actividad positiva que produce satisfacción a quien lo brinda, es decir, a los hijos. La relación de cuidado tiene también una dinámica de ayuda socioemocional que mejora el estado anímico del cuidador y de la persona cuidada.

> *Yo ahorita mismo estoy cuidando a mi mamá, porque últimamente se la pasaba enferma. Es una experiencia buena. Uno casi que piensa por ella, porque cuando ella quería pedir las cosas, no sabía qué iba a pedir. Es una experiencia maravillosa. Hoy la está cuidando mi otra hermana, porque no todos tienen la dicha de tenerla. Por lo menos nosotras dos, siempre queremos estar con ella. Tiene 85 años.*
>
> (Mixto, altos ingresos, Montería)

Uno de los aspectos del análisis cualitativo que habría que resaltar es la evidencia de los buenos efectos del cuidado en situaciones en las que el cuidador y la persona cuidada son de generaciones distintas. Estos casos se enmarcan en el concepto de cuidado intergeneracional, y en la mayoría de los casos se trata de un efecto de realce de carácter psicoafectivo y socioemocional entre las partes, que emerge a partir de la asistencia de necesidades básicas e instrumentales. Las relaciones de cuidado intergeneracional que más se evidenciaron en los estudios fueron de hijo adulto mayor a sus padres, seguido de las relaciones de cuidado entre las personas mayores y sus nietos.

Yo cuido al hijo mío, porque todavía vivo con él. Ya cumplió 29 años, está terminando su carrera profesional, dos técnicas; en tres años es profesional. Siempre hemos sido uno para toda la familia: él trabaja, nos ayudamos mutuamente y ayudamos a los demás familiares y a cualquier persona que lo necesite. Yo lo cuido a él y él me cuida a mí.

(Mujeres, pensionadas, Montería)

Yo siempre he vivido con mis hijos, y a veces me toca ayudarlos y ellos también me ayudan a mí.

(Mujeres, víctimas, Pasto)

Los nietos lo quieren a uno más que al propio papá. ¿Por qué? Porque uno consiente al nieto. Posiblemente cuando uno era joven no quiso de la misma forma a los hijos como quiere hoy a los nietos. Para nosotros los viejos es un afecto muy especial el de los nietos. Ellos lo hacen sentirse a uno joven.

(Hombres, bajos ingresos, Bogotá)

Los resultados demuestran que el cuidado intergeneracional tiene la virtud de transmitir, más allá de las acciones ligadas a las labores de cuidado, valores y saberes que refuerzan los vínculos afectivos y de apego entre la persona cuidada

y quien cuida. Al tratarse de experiencias vividas en momentos y contextos diferentes, el cuidado intergeneracional es una forma de transmitir conocimientos y evocar sentimientos de cooperación y colaboración.

El efecto realce del cuidado no es un fenómeno exclusivo del cuidado intrafamiliar. Existen personas que, por razones personales, encuentran satisfacción en las labores de cuidado a personas ajenas, indistintamente de la necesidad –básica o instrumental– que estén atendiendo. Una participante en el grupo focal de mujeres pensionadas en Bogotá se refiere a esto:

> *Trabajé en una empresa de valores, y yo diría que el trabajo sí me preparó, porque tuve experiencias muy gratas. En el Departamento de Contabilidad íbamos a visitar un ancianato. Les hacíamos el desayuno entre todos a los viejitos y compartíamos con ellos.*
>
> (Mujeres, pensionadas, Bogotá)

El efecto realce en el cuidado intrafamiliar es producto de la satisfacción personal que le produce al cuidador el poder retribuirle al familiar dependiente los favores, la ayuda y el afecto que recibieron de ellos en el pasado. En el efecto realce sobresalen los casos en los que el hijo cuida a sus padres, o a uno de ellos. Una participante del grupo focal de mujeres pensionadas en Bogotá ilustra el amplio rango de necesidades dentro del cual las personas pueden contribuir con el cuidado de otra persona, y los sentimientos que esto provoca.

> *Yo cuidé a mi suegra durante diez años. Había tanta empatía y tanto amor, que yo la molestaba y le decía: "Nadie la mandó a que se convirtiera en una niña. Yo nunca tuve una muñeca, así que le tocó aguantarse, ahora usted es mi muñeca". Yo a ella la bañaba, le ponía, le quitaba, porque ella toda la vida fue muy pinchada. Entonces le ponía sus collares y sus aretes; yo la arreglaba para que estuviera como siempre le había gustado. Y así estuvo hasta sus 92 años, cuando murió. Fue una experiencia muy bonita. Y después seguí con ese rol de cuidar a los abuelos. Es como la misión y el carisma que Dios me regaló.*
>
> (Mujeres, pensionadas, Bogotá)

El análisis de la estructura de oferta de cuidado de las personas mayores arroja las siguientes conclusiones cualitativas y cuantitativas:

- Las mujeres de 60 años o más invierten más tiempo al cuidado (13.2 %) que los hombres (8 %), y las actividades a las que dedican más tiempo es a dormir y al ocio. Los hombres dedican más tiempo al trabajo, y las mujeres a las tareas del hogar. El porcentaje del cuidado en las zonas urbanas es mayor que en las rurales, en todos los grupos etarios, y al analizar por nivel socioeconómico se evidenció la tendencia al aumento del cuidado entre más alto es el nivel socioeconómico.

- En los resultados cualitativos, la mujer es quien brinda mayor cuidado: primero a sus nietos, y luego a sus padres y a la pareja. Esto contrasta con los resultados cuantitativos, según los cuales los cuidados que brindan las personas mayores se dirigen principalmente a otras personas mayores y a adultos, pero estas actividades disminuyen a medida que envejecen. Lo anterior se constata en el hecho de que el 74 % de las personas entre 60 y 69 años no cuida; ese porcentaje en las personas mayores de 70 años es del 81 %. El principal tipo de cuidado que se brinda a las personas mayores y a los adultos es el básico (37.6 % y 29.6 %, respectivamente) y a los niños es el entretenimiento (3.1 %).

- Los resultados cualitativos evidenciaron que las relaciones de cuidado en la familia son intergeneracionales. En las zonas rurales se da entre las personas mayores y sus padres, y en las zonas urbanas entre las personas mayores y sus nietos. Estas experiencias son percibidas como positivas y como una fuente de satisfacción.

6.6. Conclusiones e implicaciones de política

6.6.1. Conclusiones

- Las personas mayores son cuidadas principalmente por adultos y por personas mayores, y reciben de ellos cuidados médicos. Ocupan también un lugar muy importante como cuidadores de nietos, cónyuges y familiares en situación de discapacidad o de edad más avanzada. Las labores principales son las actividades de cuidado básico y de cuidados médicos. En relación con los niños, el cuidado principal es el entretenimiento –leerles cuentos y llevarlos al sitio de estudio–, seguido del cuidado básico y de los cuidados médicos.
- La dificultad para bañarse, vestirse y hacer las actividades del día a día aumenta significativamente a partir de los 70 años, y con mayor intensidad en las mujeres. Es así también en el caso de las limitaciones permanentes, que impiden moverse o caminar. Las mayores severidades en las personas mayores de 70 años se registran en las zonas rurales, y en los otros grupos etarios estudiados en las zonas urbanas.
- De las personas con limitaciones permanentes, un 70 % está siendo cuidado. Los principales cuidadores son miembros de la familia, y dedican al cuidado un promedio de más o menos 50 horas a la semana. En relación con las enfermedades crónicas, estas también aumentan a partir de los 70 años. En las mujeres de 60 años o más, las enfermedades más comunes son la hipertensión, la diabetes, la artritis o artrosis, el cáncer y los problemas cerebrovasculares; en los hombres, los problemas cardiacos y el asma. De estas personas, más del 50 % está siendo cuidada o requiere cuidado.
- Las personas mayores, en las cabeceras urbanas y en las áreas rurales, emplean la mayor parte de su tiempo de manera más o menos similar: dormir, actividades de ocio, trámites, asearse, comer y trabajo no remunerado. Las actividades en las que se evidencian diferencias por sexo en todos los grupos etarios son las labores del hogar, el trabajo y el cuidado. Las mujeres dedican más tiempo a las labores del hogar y

al cuidado de otras personas, mientras que los hombres dedican más horas al trabajo. Las personas de 70 años o más dedican más tiempo a dormir y al ocio, mientras que el tiempo invertido en el trabajo tiende a disminuir con la edad. Es interesante que a medida que aumenta la edad, las personas dedican menos tiempo al cuidado de otros. Esto se podría explicar, como se mencionó atrás, por el hecho de que, mientras las personas de 40 a 59 años pueden estar cuidando a sus nietos, parejas y padres, las de 60 años o más, y sobre todo las de 70 años o más, solo cuidan a sus parejas y tal vez a sus nietos. También hay que considerar el envejecimiento fisiológico y biológico, que resta energías para el cuidado de otros. Se observaron diferencias en el tiempo dedicado al ocio y al trabajo según el nivel socioeconómico, pues los hogares con nivel socioeconómico alto, de todos los grupos etarios, trabajan más horas, duermen menos, disfrutan más ocio y dedican más tiempo al cuidado de otros.

- Las proyecciones demográficas del país permiten prever el crecimiento de la proporción de personas mayores, cuya expectativa de vida se seguirá incrementando con el paso del tiempo. Una mayor longevidad de la población trae consigo una mayor presencia de enfermedades crónicas no transmisibles que, por su naturaleza, derivan en limitaciones funcionales que generan algún tipo de dependencia. Todo esto, sin duda, producirá el aumento de la demanda de cuidado de la población mayor en la próxima década.
- Los resultados cualitativos sugieren que la mayor fuente de cuidado reposa en la familia, y especialmente en la mujer. Esto ocurre, con mayor frecuencia, en los grupos urbanos de menores ingresos y en las zonas rurales. Los datos también permiten predecir que la continuidad del cuidado a cargo de miembros de la familia no está asegurada.
  Las respuestas de los grupos focales dejan entrever la creciente dificultad que enfrentan los cuidadores familiares para conciliar esta actividad con las exigencias del horario laboral.
- Además de la inflexibilidad de los horarios laborales, en el cuidado familiar también inciden los cambios de largo plazo en la composición

y estructura de la familia, las dinámicas migratorias entre los sectores rurales y urbanos, sean estas espontáneas o forzadas, y la creciente tasa de participación de la mujer –las cuidadoras más asiduas– en el mercado laboral. Se vislumbra, entonces, una creciente falta de disponibilidad del cuidado familiar, y del cuidado familiar femenino, en particular en los grupos de menores ingresos, urbanos y rurales, en los que las mujeres también cuidan niños y adolescentes, y habitan en zonas que carecen de suficientes centros de servicio especializado de cuidado.

- La feminización del cuidado implicará, por una parte, el riesgo de que la mujer entre en un círculo de pobreza cuando deba tratar de conciliar sus responsabilidades laborales y de cuidado. Además, y de acuerdo con la literatura, el estrés y la carga de esta situación se convierten en potenciadores de patologías que, al desbordar la esfera familiar, se vuelven temas prioritarios de salud pública. Por otro lado, esto podría verse como la oportunidad de formalizar el cuidado y con ello la inserción de la mujer en el mercado laboral. Sin embargo, de no regularse adecuadamente, la concentración de la mujer en estas labores podría conllevar a la baja remuneración de estas labores.
- Los resultados también ilustran las patologías que padecen los cuidadores en general. Cabe esperar que la preferencia por cuidadores mujeres en las familias de bajos ingresos y en el sector rural aumente la frecuencia de las patologías ocasionadas por el estrés, fruto de la necesidad de alternar el trabajo con el cuidado, en un contexto en el que la rutina laboral interfiere con los tiempos del cuidado y el Estado no ofrece opciones de cuidado. Es predecible, y cada vez mayor en Colombia, el riesgo de que los mayores pertenecientes a estos estratos o grupos de ingreso no reciban cuidado en lo absoluto, o que el que reciban sea incompleto o inadecuado.
- Los servicios especializados de cuidado todavía son incipientes en el país, tanto en el número de establecimientos, cobertura y calidad de los servicios. El cuidado a domicilio provisto por empresas solo existe en las zonas urbanas. Esta investigación no obtuvo información sobre su operación ni recogió opiniones sobre cómo deberían funcionar. De todas

maneras, la modalidad del cuidado a domicilio es la más costosa, lo que permite concluir que, por ahora, solo los grupos de altos ingresos podrán acceder a ella.

- Las referencias cualitativas, obtenidas principalmente de las entrevistas a profundidad, informan que existe una oferta institucional pública de cuidado administrada con recursos provenientes de la estampilla establecida por la Ley 1276 de 2009. No obstante esa oferta es insuficiente y está geográficamente restringida a las zonas urbanas, lo que acrecienta la vulnerabilidad de los mayores que habitan las zonas rurales. En los lugares favorecidos con este tipo de cuidado, hay descontento por la deficiente calidad en los centros públicos y con los precios de los llamados hogares privados.
- Los resultados también destacan la importancia de profesar ciertos valores en las configuraciones de cuidado intrafamiliar. La retribución es un valor determinante de la disposición de un miembro de la familia para asumir las responsabilidades de cuidado. El cuidado alrededor de los acuerdos de retribución entre el solicitante y el potencial cuidador funciona en muchos casos a la manera de una institución informal que conviene que el Estado estimule.
- El cuidado intergeneracional comporta una dinámica de retroalimentación positiva entre el cuidador y la persona mayor, especialmente en los casos en los que las brechas generacionales son amplias, como, por ejemplo, entre las personas mayores y sus nietos. Los resultados cualitativos demuestran una prevalencia del efecto realce en el cuidado intergeneracional, lo que hace pensar en la posibilidad de que estas dinámicas de cuidado fortalezcan los vínculos afectivos que a su vez favorecen el desarrollo humano y la convivencia.
- Por último, es importante resaltar que, aunque la investigación permitió identificar diferencias en cobertura y calidad entre las zonas urbanas y rurales, la mayoría de los grupos focales y de las entrevistas a profundidad se llevaron a cabo en zonas urbanas: la representatividad de las zonas rurales, entonces, no es la más adecuada. Aun así, si nos atenemos a los problemas que se revelan en las zonas urbanas

de los departamentos visitados, sorprendería al investigador que con una muestra más representativa para las zonas rurales, los resultados mostraran una superioridad en cobertura y calidad del cuidado a los mayores de edad.

6.6.2. Recomendaciones

- La concentración del cuidado en la familia, sumada a las proyecciones que indican una mayor participación de la mujer en el mercado laboral, sin olvidar el proceso de envejecimiento de la población colombiana, subrayan la importancia de ampliar el portafolio de servicios de cuidado y de reorganizar las fuentes existentes en el país. Dicha reorganización social del cuidado implicará una corresponsabilidad de las familias, el Estado y las entidades privadas en brindar unos servicios de cuidado coordinados, eficientes y más equitativos. Para esto es indispensable la formulación y puesta en marcha de políticas públicas que guíen, regulen e incentiven la organización del cuidado en el país.
- Se requiere el liderazgo del Estado en la estructuración de un programa nacional de aseguramiento del cuidado, a unos precios que todos los adultos jóvenes, de todos los estratos sociales, puedan costear y cuyos servicios puedan ser exigibles, por ejemplo, a partir de la edad legal de jubilación. La experiencia de seguros de dependencia o de cuidados a largo plazo que han sido implementados en otros países puede adaptarse al contexto nacional.
- Por otro lado, en los espacios de formulación de políticas públicas referentes al cuidado, es necesario considerar las particularidades de las personas involucradas en contextos de conflicto y analizar cuidadosamente sus necesidades de cuidado, sean estas básicas, instrumentales o socioemocionales.
- La provisión y el desarrollo de los servicios de cuidado no pueden ser vistos como obligaciones exclusivas del Estado. Para lograr cobertura, calidad y oportunidad, el Estado debe ofrecer incentivos regulados al sector privado para que este provea el cuidado con los más altos estándares de calidad

posibles. La competencia entre los proveedores privados debe ser vigilada y regulada para garantizar cobertura y calidad, y también para incentivar la extensión del portafolio de servicios especiales que muchas familias estarían dispuestas a pagar. Las experiencias de España, Israel y Japón son casos que vale la pena considerar.

- La evidencia de este estudio revela que el cuidado intrafamiliar se convierte en una carga cuando implica un esfuerzo adicional de los cuidadores por conciliar las labores de cuidado con las actividades productivas remuneradas. Las pocas probabilidades que tienen los cuidadores de organizar sus recursos –incluido su tiempo– deriva en situaciones de desgaste psicológico que agravan las circunstancias. Así las cosas, se recomienda que el Estado provea servicios de respiro o de apoyo al cuidador, de tal manera que se alivie la carga y se logren modificar las percepciones negativas del cuidado. El que se presta a domicilio, las redes de apoyo a los cuidadores en la familia y los servicios terapéuticos al cuidador son ejemplos del tipo de soportes que el sector público podría propiciar.
- El eventual aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y de las limitaciones funcionales que traerá el proceso de envejecimiento, junto con una mayor longevidad y expectativa de vida de las personas mayores en el país, invitan a pensar en la formación y cualificación de los cuidadores, tanto formales como informales.
- Dichas proyecciones llevan a considerar una mayor especialización del cuidado, toda vez que las necesidades básicas e instrumentales que se requerirán serán cada vez más específicas. En el caso de los cuidadores formales, si bien se han iniciado en el país procesos de cualificación, es importante recoger estos esfuerzos dispersos y generar un lineamiento más integral, pero no solo en la formación, sino en la formalización, la remuneración y la reglamentación de este trabajo. En el caso de los cuidadores informales, quienes en su mayoría son familiares o allegados al solicitante, deberán recibir procesos de cualificación para sobrellevar las demandas de cuidado, además de espacios para la creación de redes de apoyo y propender por su participación en programas de cuidado a cuidadores.

- Esta investigación arrojó resultados importantes que contrastaban la estructura de demanda y oferta de cuidado en zonas urbanas y rurales del país. Sin embargo, es fundamental profundizar en el conocimiento no solo de las necesidades de las personas y de las familias frente al cuidado, sino entender los arreglos familiares y comunitarios que existen en las diferentes zonas rurales para identificar algunas prácticas de apoyo que puedan ser replicadas en otras zonas del país.
- La oferta de servicios debe construirse teniendo en cuenta que las necesidades obedecen al tipo de dependencia que genera cada enfermedad o condición. Esto determina no solo los requerimientos en la formación del cuidador, sino además las características de las instalaciones donde se proveerá el cuidado. Así las cosas, se recomienda seguir profundizando en la investigación de las necesidades presentes y futuras que requerirán las personas mayores en aras de reorganizar eficientemente las fuentes de cuidado.
- En el caso del cuidado intergeneracional, en el que participan personas mayores con vocación de cuidadores, es importante visibilizar su rol y brindarles el apoyo necesario para que continúen con esta labor.
  Se deben contemplar procesos de cualificación y también apoyos de respiro para evitar potenciales situaciones de sobrecarga. Más aún, se deberían crear espacios que permitan llevar estas dinámicas de cuidado a la esfera comunitaria para favorecer espacios de diálogo intergeneracional, de convivencia y de cooperación comunitaria y potenciar el aporte que hacen las personas mayores a través de su experiencia y sus saberes. Esto último lleva a pensar en que el cuidado intergeneracional genera capital social desde la familia hacia la comunidad.

6.7. Referencias bibliográficas

Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina.* Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Arias, C. (2009). *Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina.* En S. Huenchuan, M. Roqué, y C. Arias, Envejecimiento y sistemas de cuidado: ¿oportunidad o crisis? (pp.29-68). Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Batthyány, K. (2010). *Envejecimiento, cuidados y género en América Latina.* Recuperado de: http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/3/41413/batthyany.pdf

Bazo, M. T. y Ancizu, I. (2004, enero). *El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas.* Reis, 105, 43-77.

Bertranou, F. (2005). *Restricciones, problemas y dilemas de la protección social en América Latina: enfrentando los desafíos del envejecimiento y la seguridad de ingresos.* Bienestar y Política Social, 1(1), 35-58.

Bookman, A. y Kimbrel, D. (2011). *Families and elder care in the twenty-first century.* The Future of Children, 21(2), 117-140.

Brank, E. y Wylie, L. (2014). *Differing perspectives on older adult caregiving.* En Southern Gerontological Society, doi: 10.1177/0733464813517506

Calderón, C. (2013). *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas.* Santiago de Chile: Cepal.

Celade. (2008). *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe.* Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Cepal. (2008). *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y El Caribe.* Santiago de Chile: Cepal.

Chacaltana, J. y Sulmont, D. (2003). *Políticas activas en el mercado laboral peruano: el potencial de la capacitación y los servicios de empleo.* Recuperado de: http://prejal.OIT.org.pe/prejal/docs/bib/200709270008_4_2_0.pdf

Chioda, L. (2011). *Work and family: Latin American and Caribbean women in search for a new balance.* Washington, DC: World Bank.

Collins, N. y Feeney, B. (2003). *Motivations for caregiving in adult intimate relationships: Influences on caregiving behavior and relationship functioning.* PSPB, 29(8) , 950-968.

Colombia. *Constitución Política de 1991.* República de Colombia, 6 de julio de 1991.

Colombia. Ley 1251 de 2008 (27 de noviembre), por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

Colombia. Ley 1276 de 2009 (5 de enero), a través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.

Colombia. Ley 1315 de 2009 (13 de julio), por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centro de día e instituciones de atención.

Cotlear, D. (2011). *Population Aging: Is Latin America Ready?* En D. Cotlear, Population Aging: Is Latin America Ready?(pp.1-38). Washington, DC: The World Bank.

DANE. (2013). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.* Recuperado de: http://www.DANE.gov.co/index.php/es/estadisticas-sociales/calidad-de-vida-ecv/87-sociales/calidad-de-vida/5399-encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-2013

DANE. (2014). *Pobreza de tiempo e ingreso 2012-2013.* Bogotá: DANE.

Devaki, J. (2013). *Incorporación de la perspectiva de género en el progreso económico.* En C. Calderón Magaña, Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas (pp.19-66). Santiago de Chile: Cepal.

Endo, H. (2003). *Change of dementia care management after implementation of long-term care insurance.* Rinsho Shinkeigaku, 43(11), 78-90.

Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda.* El Salvador: Procesos Gráficos.

Eurofound. (2013, 1 de noviembre). *A new working life after retirement.* Recuperado de: http://www.eurofound.europa.eu/spotlight-on/quality-of-life/a-new-working-life-after-retirement

Fajardo, E. y Núñez, M. L. (2011). *¿Cuál es el significado de la experiencia del adulto mayor en el rol de cuidador?* Revista Colombiana de Geriatría y Gerontología, 25(3), 1536-1551.

Finley, N. (1989). *Theories of family labor as applied to gender differences in caregiving for elderly parents.* Journal of Marriage and Family, 51(1), 79-86.

Flores-Castillo, A. (2013). *Cuidado domiciliario y recuperación de la subjetividad: el caso de México.* En C. Calderón Magaña, Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas (pp.423-454). Santiago de Chile: Cepal.

Flórez, C.E. (2004, junio) *La transformación de los hogares: Una visión de largo plazo.* Revista Coyuntura Social, 30, 23-50.

Ghosheh, N., Lee, S. y McCann, D. (2006). *Conditions of work and employment for older workers in industrialized countries: Understanding the issues.* Ginebra: International Labour Office.

Hopenhayn, M., Sojo, A. y Mancero, X. (2012). *Panorama social en América Latina.* Santiago de Chile: Cepal.

Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina.* En S. Huenchuan, M. Roqué y C. Arias, Envejecimiento y sistemas de cuidado: ¿oportunidad o crisis? (pp.11-27). Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Ito, H. y Miyamoto, Y. (2003). *Impact of long-term care insurance on institutional dementia care in Japan.* Health Policy, 64(3), 325-333.

Jaccoud, L. (2010). *Envejecimiento, dependencia y oferta de servicios asistenciales: un nuevo desafío para los sistemas de protección social.* En A. Prado, y S. Ana, Envejecimiento en América Latina: sistemas de pensiones y protección social integral (pp. 231-254). Santiago de Chile: Cepal.

Killian, T. y Ganong, L. (2002). *Ideology, context and obligations to assist older persons.* Journal of Marriage and Family, 64(4), 1080-1088.

Lahaie, C., Earle, A. y Heymann, J. (2012). *An uneven burden: Social disparities in adult caregiving, working conditions and caregiver outcomes.* Research on Aging, 37, 243-274.

Lee, R., Mason, A. y Cotlear, D. (2010). *Some economic consequences of global aging.* Washington, D.C.: World Bank.

Lee, Y. y Tang, F. (2013). *More caregiving, less working: Caregiving roles and gender differences.* Journal of Applied Gerontology, 34, 465-483.

Lustig, N., Pessino, C. y Scott, J. (2013). *The impact of taxes and social spending on inequality and poverty in Argentina, Bolivia, Brasil, Mexico, Peru and Uruguay: An overview.* Buenos Aires: Commitment to Equity.

Marco, F. (2013). *La utilización de las encuestas de uso del tiempo en las políticas públicas.* En C. Calderón, Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas (pp.171-208). Santiago de Chile: Cepal.

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. (2013, abril). *Decreto 862 de 26-04-2013.* Recuperado de: http://actualicese.com/normatividad/2013/04/26/decreto-862-de-26-04-2013/#10

Ministerio de Desarrollo Social. (2014a). *Cuidadores domiciliarios.* Recuperado de: http://www.desarrollosocial.gob.ar/cuidadores/165

Ministerio de Desarrollo Social. (2014b). *Senama: Programas.* Recuperado de: http://www. Senama.cl/

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Identificación de experiencias positivas de cuidados a las personas adultas mayores en Colombia 2013.* Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Trabajo. (n.d.). *Nuevo modelo de protección para la vejez.* Bogotá: Ministerio de Trabajo.

Navaie-Waliser, M., Spriggs, A. y Feldman, P. (2002). *Informal caregiving: Differential experiences by gender.* Medical Care, 40(12), 1249-1259.

OECDComisión Europea. (2013). *A good life in old age: Monitoring and improving quality in long-term care.* París: OECD Publishing.

OISS. (2014). *Adultos mayores y mundo rural.* Madrid: OISS.

OIT. (2009). *Trabajo y familia: ¡compartir es la mejor forma de cuidar!* Ginebra: OIT.

OIT. (2010). *Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe.* Ginebra: ILO.

OMS. (2002). *Active aging: a policy framework.* Ginebra: OMS.

Peña, X., Cárdenas, J. C., Ñopo, H., Castañeda, J. L., Muñoz, J. S. y Uribe, C. (2014). *Mujer y movilidad social.* En A. Montenegro y M. Meléndez, *Equidad y movilidad social: diagnósticos y propuestas para la transformación de la sociedad colombiana* (pp. 619-695). Bogotá: Ediciones Uniandes.

Piercy, K. (1998). *Theorizing about family caregiving: The role of responsibility.* Journal of Marriage and Family, 60(1), 109-118.

Presidencia de la Nación Argentina. (2014). P*rograma Nacional de Cuidados Domicialiarios.* Recuperado de: http://www.presidencia.gob.ar/sitios-de-gobierno/planes-de-gobierno/2670

Provoste, P. (2013). Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas. En C. Calderón Magaña, *Redistribuir el cuidado: los desafíos de las políticas* (pp.127-166). Santiago de Chile: Cepal.

Pugliese, L. (2011). *Programas y servicios para el cuidado de las personas adultas mayores dependientes: revisión de programas y servicios de algunos países de América, Asia y Europa.* Montevideo: Instituto de Seguridad Social de Uruguay.

Ravazi, S. y Staab, S. (2008). *The social and political economy of care: contesting gender and class inequalitites.* Ginebra: United Nations. Division for the Advancement of Women.

Rodríguez, C. (2005). *Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones.* En Políticas de protección social, economía del cuidado y género (pp.1-37). Mar del Plata: Cepal.

Sauma, P. (2011). *Elementos para la consolidación de la red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica.* Santiago de Chile: Cepal.

Schultz, P. (2004). *School subsidies for the poor: evaluating the Mexican Progresa poverty program.* Journal of Development Economics, 74(1), 199-250.

Sojo, A. (2011). *De la evanescencia a la mira: el cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina.* Santiago de Chile: Cepal.

Tamiya, N., Yamaoka, K. y Yano, E. (2002). Use of home health services covered by new public long-term care insurance in Japan: impact of the presence and kinship of family caregivers. *International Journal for Quality in Health Care,* 14(4), 295-303.

Ullmann, H., Maldonado, C. y Rico, M. (2014). *La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010: los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado.* Santiago de Chile: Naciones Unidas.

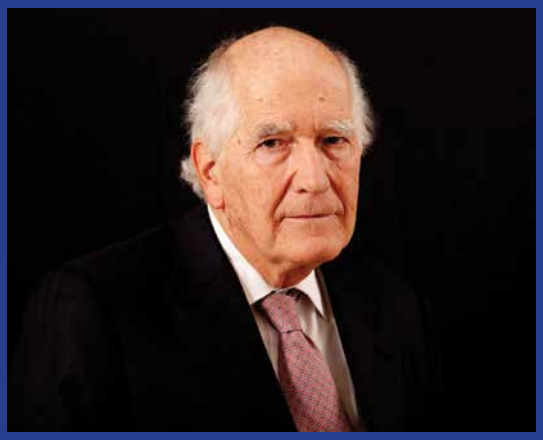
Wakabayashi, C. y Donato, K. (2006). *Does caregiving increase poverty among women in later life? Evidence from the Health & Retirement Survey.* Journal of Health and Social Behavior, American Sociological Association, 47(3), 258-274.

Walker, A., Pratt, C., y Eddy, L. (1995). *Informal caregiving to aging family members: A critical review.* Family Relations, 44(4), 402-411.

World Bank. (2007, marzo). *Conditional cash transfers: the next generation, a case study of Mexico's Oportunidades Program.* Youth Development Notes, 2(4), 1-4.

Zacharias, A., Antonopoulos, R. y Masterson, T. (2012). *Why time deficit matter: Implications for the measurement of poverty.* NuevaYork, NY: undp.

Zuchandke, A., Reddemann, S., Krummaker, S. y Von der Schulenburg, M. (2010). Impact of the introduction of the Social Long-Term Care Insurance in Germany on financial security assessment in case of long-term care need. *The Geneva Papers,*35, 626-643.



7.

Las personas mayores
víctimas del conflicto armado

Por Lucas Correa Montoya, Susana Martínez-Restrepo,
Érika Enríquez, María Cecilia Pertuz, Soraya Montoya González
y Martha Isabel Acevedo León

ISBN (Online)
978-958-59203-4-7

Contenido

7.1. Introducción 526
7.2. Marco teórico 528
7.2.1. Las víctimas del conflicto armado en Colombia 528
7.2.2. Algunas características del conflicto armado en clave de vejez y envejecimiento 529
7.2.3. Las personas mayores en el conflicto armado colombiano 532
7.2.4. Protección legal internacional e interna a las víctimas mayores del conflicto armado colombiano 534
7.3. Caracterización de la población víctima del conflicto armado colombiano 537
7.3.1. Caracterización demográfica 537
7.3.2. Los daños y efectos del conflicto armado en las personas mayores 539
7.3.3. Condiciones laborales y de ingreso de la población víctima de desplazamiento forzado 542
7.3.4. El acceso a pensiones por parte de la población en situación de desplazamiento forzado 549
7.3.5. Acceso de la población mayor víctima de desplazamiento forzado a la salud 554
7.3.6. Las personas víctimas mayores: cuidados y cuidadores 558

7.4. Conclusiones e implicaciones de política 563
7.4.1. Implicaciones y recomendaciones 564

7.5. Referencias bibliográficas 567

7.1. Introducción

El conflicto armado colombiano ha tenido y continúa teniendo un impacto negativo en los civiles no combatientes, que son sus principales víctimas. La población civil víctima del conflicto armado es tan diversa como la sociedad misma, y el conflicto la afecta de manera diferenciada y acentuada. Esta situación fue reconocida por la Corte Constitucional colombiana[1].

De acuerdo con la Encuesta de Goce Efectivo de Derechos (EGED) 2013-2014 del DANE y la Unidad para las Víctimas, el 33 % de los hogares de población desplazada vive por debajo de la línea de pobreza extrema, mientras que solo el 7.4 % de los hogares no víctimas está por debajo de esa línea. El 63.8 % de los hogares de población desplazada vive por debajo de la línea de pobreza, mientras que solo el 25 % de los hogares no víctimas está por debajo de esa línea.

El conflicto armado colombiano ha afectado a las personas mayores de manera diferenciada; los ha puesto en desventaja con sus pares y los ha sometido a un peligro mayor de que sus derechos sean vulnerados. Las víctimas de 60 años o más están más expuestas a la victimización, pues oponen más resistencia al desplazamiento forzado, y corren un mayor riesgo de abandono y marginación por su menor capacidad de respuesta en situaciones de riesgo y emergencia relacionadas con el conflicto armado. Además, las víctimas mayores están más propensas al desarraigo y a la exclusión social en sus lugares de residencia, por los pocos recursos personales, familiares y sociales de los que disponen para adaptarse, y enfrentan un riesgo mayor de ver deteriorada su calidad de vida, su salud y alimentación, pues como consecuencia del conflicto armado pierden sus medios de generación de ingreso y el apoyo familiar, se hacen más dependientes y eso dificulta la estabilización socioeconómica.

Los impactos del conflicto no se agotan en las afectaciones sobre aquellos que son actualmente mayores: afecta de manera grave el proceso de envejecimiento de las personas adultas y sus implicaciones, que se manifiestan de

1 Las afectaciones diferenciadas, desproporcionadas y acentuadas de la población víctima del desplazamiento forzado fueron reconocidas por la Corte Constitucional Colombiana mediante la Sentencia T-025 de 2004 y de los autos de enfoque diferencial A-092 de 2008 (Mujeres), A-251 de 2008 (Niños, niñas, adolescentes y jóvenes), A-004 de 2009 (Indígenas), A-005 de 2009 (Afrodescendientes) y A-006 de 2009 (Personas con discapacidad). Si bien no existe un auto diferencial que se refiera específicamente a las personas mayores, el A-173 de 2014 aborda la situación y da órdenes específicas para avanzar en la atención diferencial de las personas mayores víctimas del conflicto armado.

manera acumulada en su posterior vejez, y frente a las cuales hay que comenzar a dar respuesta desde el mismo momento en que suceden.

El objetivo de este capítulo es entender cuáles son las características de las personas mayores afectadas por el conflicto armado colombiano, con especial énfasis en las personas en situación de desplazamiento forzado. Esto con el fin de brindar algunas conclusiones y recomendaciones que les permitan al Estado y a la sociedad colombiana prever necesidades y violaciones futuras a los derechos humanos y dar respuesta, desde el presente, a las necesidades de las víctimas mayores de futuras generaciones.

Para el análisis y caracterización de la población víctima del conflicto armado se usan datos del Registro Único de Víctimas (RUV), el cual, para noviembre del 2014, contenía información básica sobre 7.2 millones de víctimas. Ya que esta base de datos no contiene información laboral, pensional o de salud de las personas en condición de desplazamiento, se utiliza la base de datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2012 y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2013, las cuales tienen representatividad nacional y regional. Sin embargo, estas dos fuentes de información hacen énfasis en las personas víctimas del desplazamiento forzado y no se refieren a otros hechos victimizantes reconocidos y protegidos por la Ley 1448 de 2011.

El análisis es complementado con datos cualitativos recolectados en campo a partir de grupos focales en Nariño, Cundinamarca y Córdoba, con hombres y mujeres entre 40 y 60 años y de 60 años o más, de bajos y altos ingresos, pensionados, víctimas del conflicto y desmovilizados. Así mismo se incluyen dos estudios de caso en El Salado y Palenque (departamento de Bolívar), lugares que se caracterizan por una mayor presencia de la violencia y el conflicto, y dos grupos focales más con líderes de las víctimas en Bogotá[2].

En la segunda sección de este capítulo se presenta el marco teórico, que incluye: una referencia a las víctimas del conflicto armado en Colombia, algunas características del conflicto armado, una referencia a las personas mayores en el marco de dicho conflicto y la protección legal internacional e interna a las víctimas. En la tercera sección se caracteriza a las personas mayores víctimas del conflicto armado, tanto desde el punto de vista demográfico como en lo relacionado

2 Para mayor información sobre los grupos focales, *consulte el anexo metodológico.*

con aspectos laborales (tasa de ocupación[3] y de informalidad[4]) de las personas en condición de desplazamiento. También se analiza su acceso a pensiones y al programa Colombia Mayor, y se presentan las condiciones de salud y de acceso a los servicios sociales del Estado de la población mayor en situación de desplazamiento forzado. Finalmente se presentan algunas conclusiones e implicaciones de política.

7.2. Marco teórico

El conflicto armado colombiano ha afectado de manera desproporcionada a personas civiles que no participan de las acciones armadas. La población ha sido golpeada por una variedad de hechos victimizantes[5], de los cuales el desplazamiento forzado es el más prevalente: el 72.2% de las víctimas mayores de 60 años sufrieron este flagelo (Red Nacional de Información-RNI, 2014).

7.2.1. Las víctimas del conflicto armado en Colombia

Según estimaciones del Registro Único de Víctimas (RUV), el 1 de noviembre del 2014 existían más de 7.2 millones de víctimas del conflicto armado registradas en Colombia. De estas, alrededor del 9.3 % (aproximadamente 680.000) es mayor de 60 años (RNI, 2014)[6]. Más alarmante aún es que se estima que el 20.2% (aproximadamente 1.5 millones) de las víctimas del conflicto armado son personas entre los 40 y 59 años de edad, es decir, que se trata de personas que están próximas a la vejez (RNI, 2014). Abordar los retos sociales que implica la vejez exige tener en cuenta a la población que envejece. Como dos caras de la

3 De acuerdo con la definición del DANE, la tasa de ocupación mide la relación porcentual entre la población ocupada (OC) y el número de personas que integran la población en edad de trabajar (PET). La población ocupada está constituida por las personas que se encuentran en una de las siguientes situaciones: 1. Trabajó por lo menos una hora remunerada en dinero o en especie en la semana de referencia. 2. Los que no trabajaron en la semana de referencia, pero tenían un trabajo. 3. Trabajadores familiares sin remuneración que trabajaron en la semana de referencia por lo menos una hora (DANE, 2013).

4 De acuerdo con la definición del DANE, la tasa de informalidad es la relación porcentual entre los informales y la población ocupada. Los informales cumplen las siguientes características: 1. Los empleados particulares y los obreros que laboran en establecimientos, negocios o empresas que ocupen hasta cinco personas en todas sus agencias y sucursales, incluyendo al patrono o socio; 2. Los trabajadores familiares sin remuneración; 3. Los trabajadores sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares; 4. Los empleados domésticos; 5. Los jornaleros o peones; 6. Los trabajadores por cuenta propia que laboran en establecimientos con hasta cinco personas, excepto los independientes profesionales; 7. Los patrones o empleadores en empresas de cinco trabajadores o menos; 8. Se excluyen los obreros o empleados del Gobierno.

5 Además del desplazamiento forzado, la Ley 1448 de 2011 protege otros hechos victimizantes: atentado terrorista, amenaza, accidente con MAP, MUSE y AEI, secuestro, violencia sexual, desaparición forzada, tortura, vinculaciones de niños, niñas y adolescentes, homicidio o masacre y abandono y despojo, entre otros.

6 A partir del principio de la reunificación familiar (T- 025 de 2004), "los niños, niñas y adolescentes, las mujeres cabeza de familia y los adultos mayores que se vinculan a una familia desplazada después del hecho de expulsión, pese a no ser víctimas directas del desplazamiento, son incluidos con el fin de salvaguardar la institución de la familia y el derecho de la población desplazada a la reunificación familiar" (RUV 2013).

misma moneda, las necesidades de las víctimas mayores fijan las prioridades en lo inmediato, en el corto plazo y, a su vez, la previsión de las necesidades de las personas mayores de las futuras generaciones fijan las prioridades en el mediano y largo plazo.

7.2.2. Algunas características del conflicto armado en clave de vejez y envejecimiento

El conflicto armado colombiano[7] es el resultado de problemas de fondo en la configuración social y económica del país. Esos problemas han evolucionado en las últimas décadas: no se trata de una simple manifestación de la criminalidad (GMH, 2013). Si bien el conflicto armado ha golpeado a Colombia por más de cuatro décadas, durante mucho tiempo su existencia y las víctimas que producía fueron negadas o nombradas de manera deliberadamente imprecisa. Solo hasta hace poco el Estado colombiano reconoció públicamente su existencia, comenzó a reparar integralmente a las víctimas civiles y abrió nuevamente las puertas a una solución negociada de la confrontación armada.

Dada su complejidad, el conflicto interno colombiano tiene múltiples características, algunas de ellas gozan de amplio consenso social y académico y otras son ampliamente debatidas. Es un conflicto prolongado, con una duración de más de 40 años que, a diferencia de otros conflictos similares en la región, no ha llegado a su fin (GMH, 2013). Tiene amplias raíces ideológicas heredadas de la guerra fría, de la influencia de la Revolución cubana y, en las últimas décadas, fue influenciado considerablemente por la guerra global en contra del terrorismo (GMH, 2013).

El conflicto se ha caracterizado por el uso frecuente de la violencia de baja intensidad, a pequeña escala, con el uso de ataques terroristas como un arma de intimidación en contra de la población civil, que ha sido su principal víctima (GMH, 2013). El desplazamiento forzado es una consecuencia más generalizada[8], pero los actores armados también han usado de forma sistemática el homicidio, la

7 De acuerdo con la jurisprudencia internacional, la situación colombiana puede clasificarse como un conflicto armado interno en el que existe una violencia prolongada entre las autoridades gubernamentales y otros grupos armados al margen de la ley. Ver ICTY, Prosecutor v. Dusko Tadic, Case No. IT-94-1-AR72, Decision on the Defence Motion for Interlocutory Appeal on Jurisdiction (Appeals Chamber), 2 October 1995, 70.

8 De acuerdo con la información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, el desplazamiento forzado corresponde a cerca del 80 % de los hechos victimizantes ocurridos en el marco del conflicto armado. Ver Red Nacional de Información (RNI), Registro Único de Víctimas, Reporte General (28 de enero del 2015).

desaparición forzada, el secuestro, la violencia sexual, el despojo y el uso de minas antipersona de forma indiscriminada contra la población civil (GMH, 2013).

Es una guerra irregular que, a lo largo de su historia, ha contado con la participación cambiante de diversos actores legales e ilegales (Fuerzas Armadas colombianas, FARC-EP, ELN, AUC) (GMH, 2013). Los grupos armados ilegales han ejercido su influencia en una amplia pero irregular extensión geográfica del territorio nacional. En principio tienen como objetivo lograr el control político y para ello han apostado a asegurar el control territorial local y de recursos estratégicos que permiten su financiación y evolución (GMH, 2013; Pizarro, 2004). La violencia derivada de la guerra se imbrica frecuentemente con otras violencias de tipo político, económico y criminal presentes en la sociedad colombiana (GMH, 2013).

Con sus características, el conflicto armado colombiano fue y continúa siendo motivado por una pluralidad de razones que se han transformado a lo largo de su prolongada historia. Muchas de ellas son igualmente consecuencias que interactúan en una espiral de degradación y complejidad. Una de las principales causas del conflicto es su convergencia con el problema agrario, manifiesto en el histórico acceso desigual a la tierra, los despojos violentos de pequeños y medianos propietarios, la concentración ociosa de la propiedad en manos de los segmentos más ricos, los usos inadecuados de la tierra y las colonizaciones (GMH, 2013). Pero la guerra en Colombia no es solamente un conflicto por la tierra. La precariedad y debilidad de la democracia que cierra las puertas a la participación, a la oposición, a la contradicción y a la disidencia o una cultura política de violencia, como algunos la han llamado (Kurtenbach, 2005), ha sido considerada como una causa histórica de la guerra. Sin embargo, a lo largo de su existencia, la violencia contra servidores públicos, líderes sociales y sindicales, periodistas, defensores de derechos humanos, entre otros, ha sido igualmente un recurso para impedir el ejercicio participativo que exige la democracia (GMH, 2013).

La guerra se ha imbricado frecuentemente con actividades productivas legales e ilegales altamente rentables como el narcotráfico (GMH, 2013; Pizarro, 2004; Kurtenbach, 2005), la explotación minera y energética y los grandes proyectos agroindustriales (GMH, 2013). En algunos casos, los grupos armados han extraído recursos de dichos negocios a través de la extorsión y las amenazas,

han actuado como factores de seguridad y protección y, en otros casos, han ejercido como actores directos en la actividad productiva. El conflicto armado colombiano se agudiza por la elevada desigualdad social, la impunidad y las inmensas ganancias generadas por el narcotráfico y otras actividades productivas que lo hacen rentable y que motivan su evolución, así como la incorporación de nuevos actores (Kurtenbach, 2005). Adicionalmente, los actores armados han tejido oscuras alianzas criminales con las élites económicas, los servidores públicos y los políticos que, en suma, dificultan su solución pacífica (GMH, 2013).

A lo largo de sus más de 40 años de duración, la guerra ha tenido numerosos impactos en la sociedad colombiana: el escandaloso número de las víctimas civiles afectadas y los daños en las infraestructuras públicas y productivas figuran entre los más mencionados (Álvarez y Rettberg, 2008). No obstante, en Colombia, la ruralidad y el anonimato en el plano nacional de la inmensa mayoría de las víctimas han dado lugar a una rutinización de la violencia, a una actitud de pasividad y de indiferencia alimentada por una cómoda percepción de estabilidad política y económica (GMH, 2013). Los conflictos armados prolongados —como el colombiano— son más difíciles de solucionar debido a esa rutinización, a los niveles de odio y desconfianza alcanzados, así como a la erosión de por lo menos dos funciones estatales importantes: la justica y la seguridad (Pizarro, 2004).

La gravedad del conflicto armado colombiano y las diferentes emergencias que causa en la vida de las personas hacen que muchas veces las acciones solo puedan dar cuenta de las necesidades inmediatas de la población directamente afectada. No obstante, el conflicto tiene profundos impactos a largo plazo en la vida de las personas. Algunos de esos impactos menos explorados son el envejecimiento de las víctimas y de la población en general y la acumulación de desventajas y de falta de oportunidades que forjan un camino de violación de derechos y de necesidades insatisfechas en la vejez.

Más allá de las causas que dieron origen al conflicto armado colombiano, lo cierto es que se ha convertido en una de las principales barreras para avanzar en el desarrollo económico, consolidar las instituciones democráticas y dar respuesta, desde el presente, a las apremiantes necesidades de las personas mayores víctimas de las actuales y las futuras generaciones. La solución del

conflicto armado interno y la construcción de una paz estable y duradera son hoy en día el desafío más importante que afronta la sociedad colombiana (Pizarro, 2004).

7.2.3. Las personas mayores en el conflicto armado colombiano

Las personas mayores víctimas del conflicto armado son sujetos de una doble protección constitucional, lo que deviene en la obligación del Estado colombiano de brindar una atención diferenciada a las principales necesidades y riesgos que ellas enfrentan. La doble protección deriva de la conjunción de la protección especial dada por la Constitución Política de 1991 a las personas mayores, profusamente reiterada y ampliada por la jurisprudencia constitucional[9], y de la especial protección internacional, constitucional y legal brindada a las víctimas del conflicto armado colombiano[10]. Dicha protección especial abarca tanto a las personas que siendo mayores de 60 años, o incluso antes, en el caso de las comunidades étnicas, se ven afectadas por un hecho victimizante, como a aquellas que experimentan el hecho victimizante en su vida adulta, inclusive en la niñez y la adolescencia, y llegan a la vejez en condición de víctimas del conflicto armado.

Las víctimas mayores, en cualquiera de estos dos escenarios, enfrentan riesgos diferenciados, desproporcionados y acentuados por causa del conflicto armado, tanto en el momento de la emergencia humanitaria como probablemente a lo largo de sus vidas. Algunos de dichos riesgos y necesidades son más conocidos que otros y se refieren principalmente al desplazamiento forzado como principal hecho victimizante y, en mucha menor medida, a otros hechos. Diversos estudios sugieren que las personas mayores resienten, con mayor intensidad, la salida forzada que las personas jóvenes, razón por la cual muchos prefieren afrontar los riesgos y quedarse en sus lugares de origen (GMH, 2013). Debido a las oportunidades económicas, sobre todo para las mujeres en el sector servicios de las ciudades, la población joven tiene una más rápida adaptación al desplazamiento.

9 Ver las sentencias T-111 de 2013, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; T-696 de 2012, M.P. María Victoria Calle; T-068 de 2010, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, y T-585 de 2006, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra, entre otras.
10 Ver, especialmente, la Ley 1448 de 2011 y la Sentencia T-025 de 2011.

La evidencia sugiere, asimismo, que el desplazamiento forzado afecta de forma diferente a los hombres y a las mujeres según la edad: por cada 96 hombres desplazados hay 100 mujeres desplazadas (RUV 2013). En efecto, Ibáñez y Moya (2006) muestran que esto se puede explicar ya que existe un mayor número de mujeres cabeza de hogar como consecuencia del desplazamiento. De hecho, por cada 100 mujeres jefes de familia hay solo 86 hombres cabeza de hogar.

El informe *¡Basta ya!* del Grupo de Memoria Histórica concluye que las personas mayores que se desplazan sufren un profundo desarraigo, pues cuentan con pocos recursos psicológicos y físicos para adaptarse a su nueva vida. El desplazamiento significa, además, un deterioro en su calidad de vida, en su régimen alimenticio y en sus condiciones sanitarias, ya que migran a las zonas urbanas más vulnerables y marginadas (GMH, 2013).

Algunos hallazgos de la investigación muestran, igualmente, que las personas mayores se resisten en mayor medida al desplazamiento y que, una vez han sido desplazadas, tienen aún más arraigo por el lugar de residencia anterior, así como más deseos de regresar a dicho lugar (Fundación Saldarriaga Concha, 2014). Esto es consistente con el estudio de HelpAge (2010), que también sugiere que las personas mayores son quienes más se resisten al desplazamiento por el arraigo a sus lugares de origen, y que solamente se desplazan cuando la situación es insostenible. A pesar de las amenazas o muertes de familiares, muchas personas mayores no han querido salir de sus lugares de residencia y, en muchos casos, son sus hijos, hijas o nietos quienes se desplazan a las áreas urbanas (GMH, 2013). El informe *¡Basta ya!* relata el caso de una mujer mayor de Córdoba que, durante el proceso de construcción de memoria, pensaba en sus gallinas, en su marrano y en que la casa quedara llena de arroz ese año, por lo que no se aguantó el desplazamiento. Ella decía: "Llévenme para mi casa, yo voy a morir ya, pero llévenme". Por esta razón, algunas experiencias e iniciativas locales muestran que las personas mayores que retornan, con o sin acompañamiento del Estado, juegan y podrían jugar un rol muy importante para garantizar el éxito y la sostenibilidad de dichos procesos.

El principal hecho victimizante que afecta a las personas mayores es el desplazamiento forzado. Varios estudios sugieren que las condiciones de los hogares de personas en situación de desplazamiento son peores que los de las personas pobres en las zonas urbanas, y que generalmente no recuperan el bienestar que tenían antes del desplazamiento (Ibáñez y Moya, 2007). En los

últimos años, el Centro Nacional de Memoria Histórica ha desarrollado actividades con víctimas del conflicto armado para documentar la violencia desde la memoria y privilegiando sus voces. Esto ha permitido comprender las diferentes experiencias de victimización individual y colectiva.

Las personas mayores mostraron su afán por contar su legado. Para ellos, los ejercicios de memoria llegaban tarde, pues muchos ya no estaban y sus testimonios se habían perdido. La memoria no era para después de la guerra, pues ellos y ellas podrían ya no estar y los riesgos de olvido serían mayores. La memoria, según ellos, debía hacerse en medio de la guerra para detenerla, denunciarla, reclamar, transformar y construir la paz. (GMH, 2013, p. 25)

7.2.4. Protección legal internacional e interna a las víctimas mayores del conflicto armado colombiano

El Estado colombiano tiene la obligación de garantizar el respeto de los derechos humanos consagrados en los tratados internacionales debidamente ratificados y de evitar las violaciones graves al Derecho Internacional Humanitario (United Nations, 2006). En los casos en que lo anterior falla y la población civil se enfrenta a una violación grave de sus derechos humanos o del Derecho Internacional Humanitario, el Estado colombiano tiene la obligación de garantizar sus derechos a la reparación integral, la verdad y la justicia (United Nations, 2006).

Cumpliendo su obligación de establecer programas nacionales de reparación y de asistencia a las víctimas del conflicto armado (United Nations, 2006), el Estado colombiano adoptó la Ley 1448 de 2011[11] sobre atención, asistencia y reparación integral a las víctimas, la cual es coherente y consistente con los principios de Naciones Unidas y constituye el norte de la acción estatal sobre la materia desde el 2011 y en principio hasta el 2021[12].

Se consideran víctimas aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño derivado de algún hecho victimizante ocurrido a partir del

11 El marco normativo fijado por la Ley 1448 de 2011 se complementa por el Decreto 4635 de 2011, referido a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras; el Decreto 4634 de 2011, referido al pueblo rom o gitano; el Decreto 4633 de 2011, referido a los pueblos y las comunidades indígenas; el Decreto 4800 de 2011, el cual reglamenta la Ley 1448 de 2011; el Decreto 4801 de 2011, que fija la estructura interna de la Unidad de Tierras, y el Decreto 4802 de 2011, que fija la estructura interna de la Unidad para las Víctimas. Finalmente, el Plan de financiación para la sostenibilidad de la Ley 1448 de 2011 fue fijado a través del Documento Conpes 3712 de 2011.

12 Ver Ley 1448 de 2011, art. 208.

1 de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de derechos humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno colombiano[13]. Son, por tanto, víctimas mayores aquellas personas que encajan en el postulado anterior y adicionalmente tienen 60 años de edad o más, sea que el hecho victimizante hubiera ocurrido habiendo llegado ya a la vejez, en la edad adulta, o incluso durante la niñez o la adolescencia, y que hayan llegado a la vejez siendo víctimas[14].

Las víctimas mayores son titulares de medidas de atención, asistencia y reparación que desarrollen el principio de enfoque diferencial[15]. Esto significa que el Estado debe reconocer que las personas mayores, en razón de su edad, tienen características y necesidades particulares y, por tanto, la acción pública debe dar respuesta de manera diferenciada a dichas situaciones.

El componente de atención se refiere a la información, la orientación y el acompañamiento jurídico y psicosocial de las personas víctimas del conflicto armado para facilitar y cualificar su acceso a los derechos, la verdad, la justicia y la reparación[16].

Por otro lado, la asistencia se refiere al conjunto de medidas, programas y recursos orientados a restablecer la vigencia efectiva de los derechos de las víctimas, brindarles condiciones para llevar una vida digna y garantizar su incorporación a la vida social, económica y política[17]. La mayoría de dichas medidas se concretan en prestaciones de salud, educación, trabajo y generación de ingresos, alimentación y reunificación familiar, entre otras.

En tercer lugar, el derecho a la reparación integral permite a las víctimas del conflicto armado exigir que el daño sufrido sea reparado de forma integral y transformadora[18]. La reparación integral a las víctimas en Colombia abarca las posibles dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica del daño ocasionado en el marco del conflicto (Ley 1448 de 2011, art. 69 y 151). De acuerdo con los estándares internacionales y la normativa vigente en Colombia, la

13 Ver Ley 1448 de 2011, art. 3.
14 Ver Ley 1448 de 2011, art. 13.
15 Ver Ley 1448 de 2011, art. 13.
16 Ver Ley 1448 de 2011, art. 49.
17 Ver Ley 1448 de 2011, art. 49.
18 Ver Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 8; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 2(3); Convención contra la Tortura, art. 14(1); Convención de los Derechos del Niño, art. 39; United Nations General Assembly, Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation for Victims of Gross Violations of International Human Rights Law and Serious Violations of International Humanitarian Law 15, A/RES/60/147, 21 de marzo de 2006; Ley 1448 de 2011, art. 25.

reparación integral a las víctimas del conflicto armado se materializa a través de cinco medidas generales: la restitución, la indemnización, la rehabilitación, la satisfacción y las garantías de no repetición (United Nations, 2006; Ley 1448 de 2011, art. 25 y 69; Sentencia C-579 de 2013; Sentencia C-916 de 2002; Sentencia C-570 de 2003; Sentencia C-899 de 2003 y Sentencia C-805 de 2002).

La restitución se refiere a las medidas que buscan el restablecimiento de las condiciones anteriores —o a condiciones similares y aceptables— a las violaciones de derechos humanos y del derecho internacional humanitario en el marco del conflicto armado, siempre que ello sea posible. Pueden implementarse de distintas maneras: liberaciones, reconocimiento de la ciudadanía y restitución de bienes muebles o inmuebles, entre otras (United Nations, 2006; Ley 1448 de 2011, art. 71). La indemnización se refiere a las medidas —judiciales o administrativas— que buscan compensar económicamente el daño causado a las víctimas por el conflicto armado en los casos que ello sea posible (United Nations, 2006; Ley 1448 de 2011, art. 132 y 133).

Las medidas de rehabilitación se refieren a las estrategias y acciones de tipo jurídico, médico, psicológico y social dirigidas a restablecer o mejorar —cuando ello sea posible— las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas del conflicto armado (United Nations, 2006; Ley 1448 de 2011, art. 135). La satisfacción, en el marco del derecho a la reparación integral, se refiere a las acciones y estrategias orientadas a restablecer la dignidad de las personas afectadas por el conflicto armado, pedir perdón público, conmemorar, visibilizar y difundir la verdad sobre las violaciones a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario (United Nations, 2006; Ley 1448 de 2011, art. 139).

Finalmente, las garantías de no repetición incluyen las acciones dirigidas a evitar que nuevas violaciones a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario vuelvan a producirse. Estas acciones son variadas: acuerdos de paz, desmovilización y desmantelamiento de grupos armados al margen de la ley, desminado humanitario, reintegración de niños, niñas y adolescentes, políticas de prevención integral, programas educativos para eliminar los patrones de violencia, educación en derechos humanos, fortalecimiento y empoderamiento de las víctimas y sus organizaciones sociales y fortalecimiento de las autoridades de policía (United Nations, 2006; Ley 1448 de 2011, art. 149; Sentencia C-579 de 2013).

La atención, asistencia y reparación integral tiene el reto de identificar y dar respuesta diferenciada a los riesgos e impactos desproporcionados del conflicto armado en las personas mayores y en el envejecimiento de las personas en general, a efectos que la reparación pueda ser efectivamente transformadora, no solo de la vida de las personas mayores actuales, sino también de las personas mayores de futuras generaciones.

7.3. Caracterización de la población víctima del conflicto armado colombiano

En esta sección se presenta la caracterización demográfica de la población víctima del conflicto armado, seguida de un análisis de las condiciones laborales, ahorro, salud y acceso a pensiones de las personas en condición de desplazamiento forzado con el uso de datos del Registro Único de Víctimas (RUV), de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2013 y de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2012, así como de los resultados del trabajo de campo cualitativo. Debido a la falta de información sobre temas laborales, acceso a pensiones y salud en el RUV, se usaron estadísticas de las dos encuestas de base mencionadas, que no incluyen la totalidad de hechos victimizantes, sino solamente el desplazamiento forzado.

7.3.1. Caracterización demográfica

Según estimaciones del Registro Único de Víctimas (RUV), a noviembre del 2014 existían en Colombia 7.2 millones de víctimas del conflicto armado registradas. De estas, alrededor del 9.3 % (aproximadamente 680.000) era mayor de 60 años y el 20.2 % (aproximadamente 1.5 millones) eran personas entre los 40 y los 59 años (RNI, 2014)[19]. A nivel nacional, el total de personas de 60 años o más representa cerca del 10 % de la población (ECV, 2013). El 11.8 % de las víctimas tiene entre 40 y 49 años; el 8.4 % entre 50 y 59, el 4.8 % entre 60 y 69 años y el 4.5 % tiene más de 70 años. Es interesante que en todos los grupos etarios, y sobre todo en el de 40 a 49 años, hay más mujeres víctimas del conflicto armado que hombres (Figura 1).

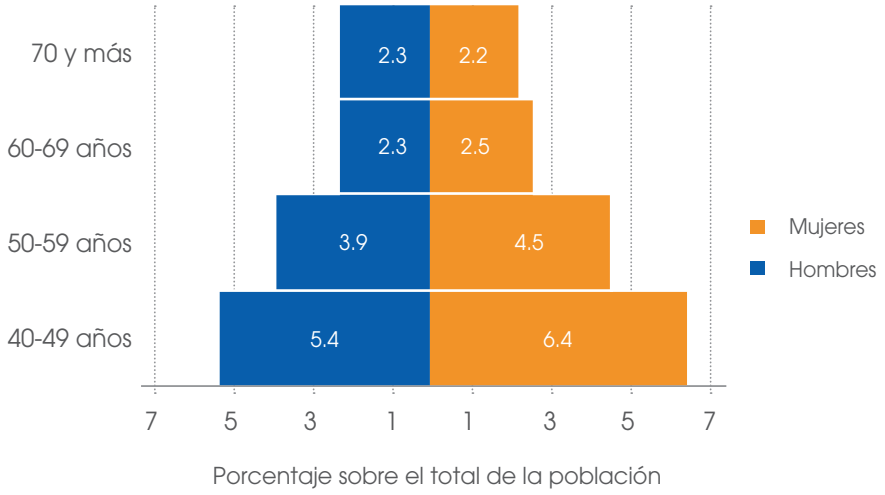
19 Como ya se expuso, a partir del principio de la reunificación familiar (Sentencia T- 025 de 2004) "los niños, niñas y adolescentes, las mujeres cabeza de familia y los adultos mayores que se vinculan a una familia desplazada después del hecho de expulsión, pese a no ser víctimas directas del desplazamiento, son incluidos con el fin de salvaguardar la institución de la familia y el derecho de la población desplazada a la reunificación familiar" (RUV 2013).

No solo un gran número de víctimas (9.3 %) es mayor de 60 años, sino que si se mantiene constante según el registro de víctimas por edades, con el envejecimiento de quienes hoy tienen entre 40 y 59 años, la población víctima sufrirá un importante cambio demográfico. Esto podría alterar la demanda de los servicios sociales necesarios para garantizar su calidad de vida en las zonas urbanas a las que se desplazaron y en las zonas de retorno.

Entender las implicaciones de la transición demográfica de la población víctima es crucial. Según el Grupo de Memoria Histórica, las personas mayores resienten con mayor intensidad la salida forzada y el tener que escoger entre la asimilación al lugar de acogida o afrontar los riesgos de quedarse en sus lugares de origen (GMH, 2013).

Figura 1

Pirámide poblacional de hombres y mujeres víctimas del conflicto, por grupos etarios de personas de 40 años o más



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Registro Único de Víctimas, Departamento Nacional de Estadística, Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, Encuesta de Goce Efectivo de Derechos (EGED) 2013-2014, enero de 2015.

7.3.2. Los daños y efectos del conflicto armado en las personas mayores

La violencia en Colombia ha involucrado a sectores de la población que estaban tradicionalmente fuera del conflicto armado, en especial niños y niñas y personas mayores. Muchas de las víctimas han presenciado los asesinatos de familiares cercanos o vecinos y, en el caso de las personas mayores, la muerte de los hijos y/o esposos, lo que ha dejado en ellos una profunda y dolorosa huella emocional (GMH, 2013).

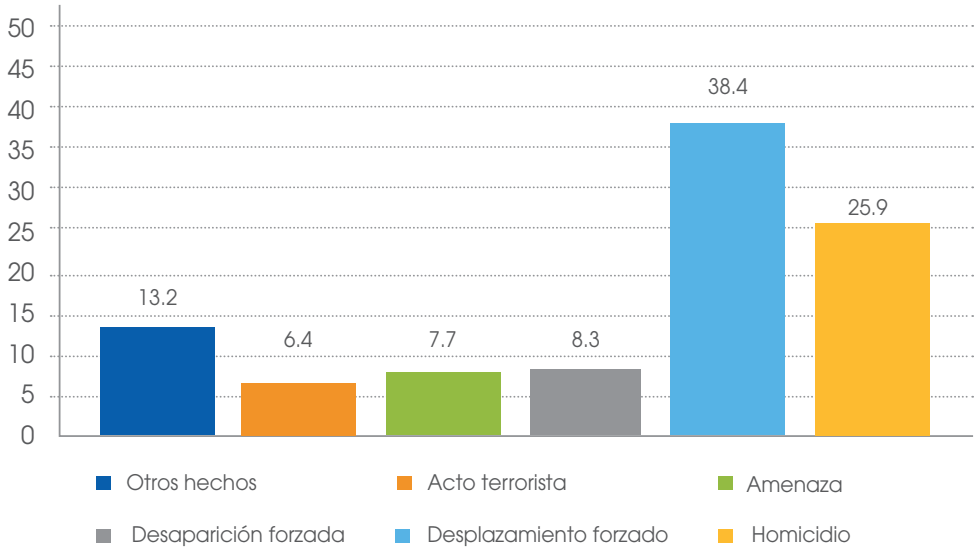
De hecho, como lo muestra la Figura 2, se estima que de las personas mayores víctimas del conflicto, el 38.4 % fue víctima de desplazamiento forzado, el 25.9 % de homicidio de algún familiar o conocido, el 8.3 % de desaparición forzada de algún familiar, el 7.7 % de amenazas y el 6.4 % de un acto terrorista. Es importante mencionar que si bien el desplazamiento forzado es el principal hecho victimizante que reportan las personas mayores, en su mayoría fueron víctimas de más de un hecho. La agrupación de hechos victimizantes más común es desplazamiento forzado, despojo de tierras, secuestro o asesinato de familiares. Ya que existían más de 200 tipos de agrupaciones, se tomó la decisión de seleccionar los seis principales hechos victimizantes y no sus diferentes combinaciones.

En comparación con los hombres, las mujeres reportan haber sufrido más hechos victimizantes. El hecho en el que se presenta la mayor diferencia entre ambos sexos, es el homicidio (las mujeres registran 4 puntos porcentuales por encima de los hombres), seguido del desplazamiento forzado y de la desaparición forzada (Figura 3).

El desplazamiento forzado en las personas mayores es preocupante, pues varios estudios muestran que las condiciones de los hogares de personas desplazadas son peores que las de los pobres en las ciudades, y generalmente estas personas no recuperan el bienestar del que gozaban antes del desplazamiento (Ibáñez y Moya, 2007). Las personas mayores que se desplazan de manera forzada sufren un profundo desarraigo y numerosas consecuencias negativas. Además, sus recursos psicológicos y físicos para adaptarse a su nueva vida en otros lugares son pocos, especialmente si salen de las zonas rurales hacia las urbanas. El desplazamiento forzado implica para todos, pero tal vez más para las víctimas mayores, un gran deterioro en su calidad de vida, principalmente en términos alimenticios y en las condiciones sanitarias, entre otras (los lugares de acogida, por lo general, están en las zonas urbanas más vulnerables) (GMH, 2013).

Figura 2

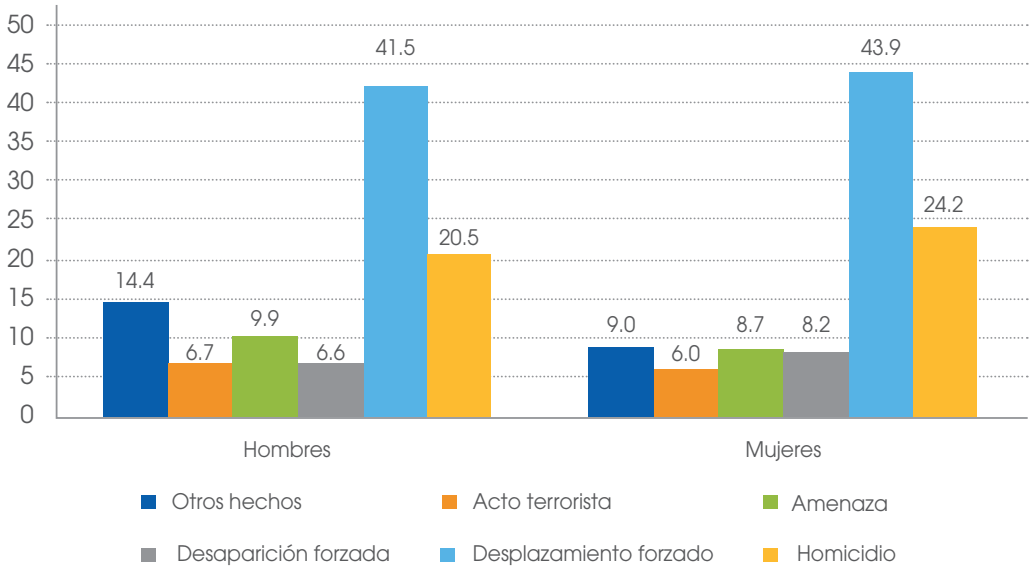
Principales hechos victimizantes que afectaron a las personas de 60 años o más



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Registro Único de Víctimas.

Figura 3

Principales hechos victimizantes que afectaron a las personas de 60 años o más, por sexo

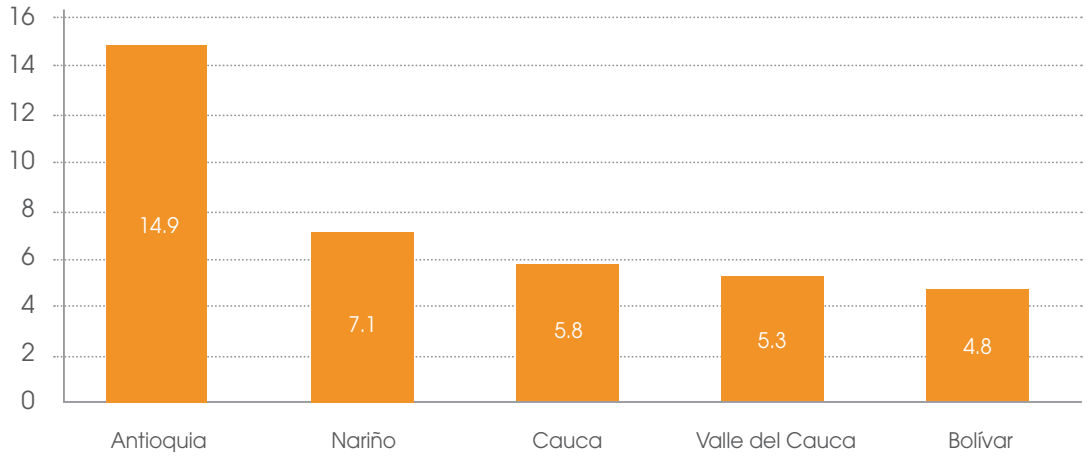


Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Registro Único de Víctimas.

La Figura 4 muestra que la mayoría de las víctimas sufrieron hechos victimizantes en los departamentos de Antioquia (14.9 %), Nariño (7.1 %), Cauca (5.8 %), Valle del Cauca (5.3 %) y Bolívar (4.8 %). El principal hecho victimizante en todos estos departamentos fue el desplazamiento forzado, tanto en los hombres (entre 37.4 % y 47.3 %) como en las mujeres (entre 38.9 % y 51.6 %). El segundo hecho en los cinco departamentos y para ambos sexos fue el homicidio (también las mujeres lo sufrieron en mayor grado). A diferencia de los dos principales hechos victimizantes, el tercer hecho que más prevalece es diferente en varios departamentos: en Antioquia, Valle del Cauca y Bolívar fue la amenaza, aunque en los dos últimos la sufrieron más los hombres que las mujeres; en Antioquia fue sufrida en la misma proporción por ambos sexos (9 %). En Nariño y Cauca, el tercer hecho fue el acto terrorista, que sufrieron más las mujeres que los hombres en Nariño (14.2 %) y más los hombres en Cauca (18.9 %) (Figura 5).

Figura 4

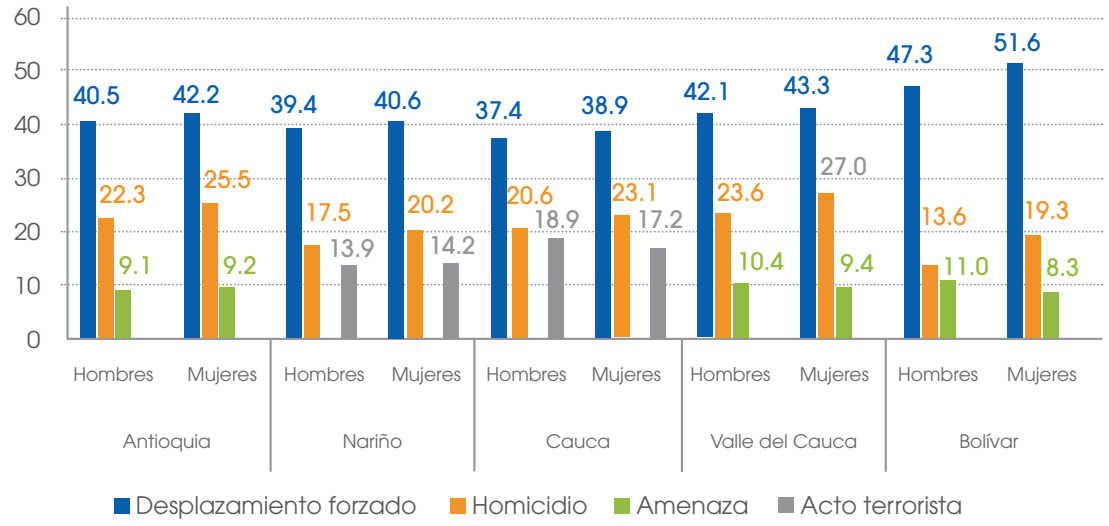
Departamento donde se produjo el hecho victimizante



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro Único de Víctimas.

Figura 5

Principales hechos victimizantes por departamento y sexo de personas de 60 años o más



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del Registro Único de Víctimas.

7.3.3. Condiciones laborales y de ingreso de la población víctima de desplazamiento forzado

Las condiciones económicas y sociales de la población víctima del conflicto armado, y particularmente de las víctimas del desplazamiento forzado, muestran grandes vulnerabilidades, en especial económicas. En esta sección se usan datos de la ECV 2013, sobre la principal actividad realizada en la semana de referencia por las personas de 60 años o más y los inactivos en situación de desplazamiento forzado, la tasa de ocupación de la población en situación de desplazamiento y la tasa de informalidad[20]. Como se explicó, el RUV, que tiene el universo de la población víctima del conflicto armado, no aporta información sobre temas laborales, acceso a pensiones y salud. Los resultados que se presentan se tomaron de los datos de la ECV, que caracteriza la situación de la población en condición de desplazamiento forzado.

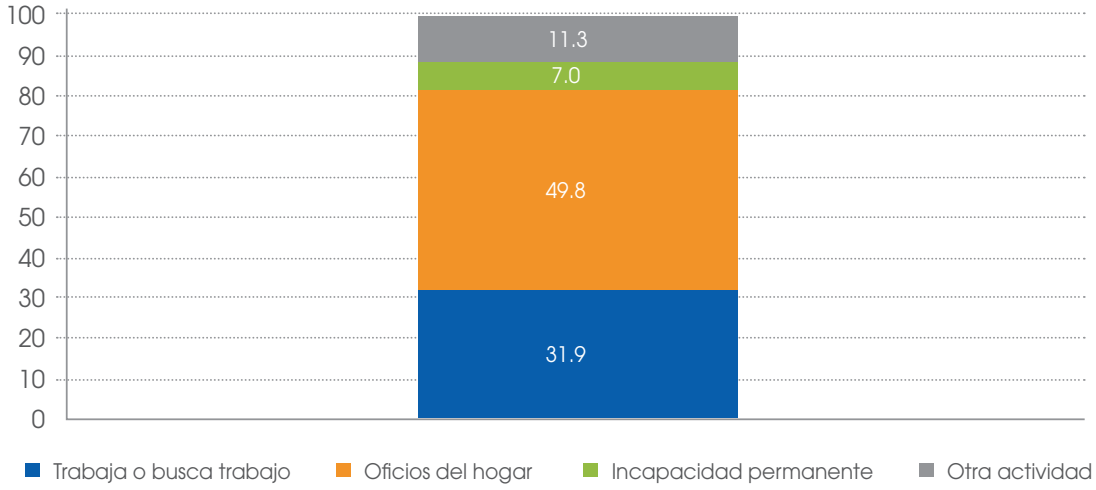
20 En el RUV se encuentran las personas que han sido reconocidas como víctimas del conflicto y una variable define cuál es el hecho victimizante. Por su parte, en la ECV y ELPS no existe una variable que permita identificar a las personas en esta condición, por esto se construyó a partir de las siguientes preguntas: i) ¿Siempre ha vivido en este municipio?: no. ii) Antes de venir a este municipio vivía en: otro municipio. iii) ¿Cuál fue la razón principal para cambiar la residencia al municipio actual?: amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física ocasionada por la violencia.

7.3.3.1. La actividad principal según datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2013[21]

Para las personas mayores de 60 años o más en situación de desplazamiento forzado, los oficios del hogar son la principal actividad (49.8 %); el 31.9 % se dedicó a trabajar o a buscar trabajo (Figura 6). Los inactivos[22], por su parte, solo reportaron dos actividades: oficios del hogar (84.1 %) y otra (15.9 %) (Figura 7).

Figura 6

Distribución, según actividad principal en la semana de referencia, de las personas de 60 años o más en condición de desplazamiento



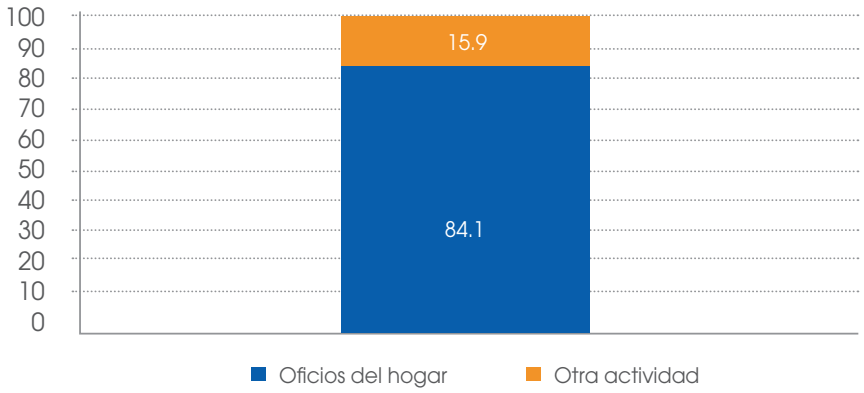
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

21 No se pudo realizar una desagregación de la tasa de ocupación por nivel socioeconómico de las personas en condición de desplazamiento debido a las pocas observaciones.

22 De acuerdo con la definición del DANE sobre la población económicamente inactiva, esta comprende a todas las personas en edad de trabajar que en la semana de referencia no participaron en la producción de bienes y servicios porque no necesitaban, no podían o no estaban interesadas en tener una actividad remunerada.

Figura 7

Distribución, según actividad principal en la semana de referencia, de las personas de 60 años o más inactivas en condición de desplazamiento



Fuente: Elaboración propia sobre Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

Se observa que en la población víctima del desplazamiento de 60 años o más, la tasa de ocupación[23] es mayor en los hombres (67 %) que en las mujeres (19 %) (Figura 8). Esta cifra es considerablemente más alta que la de la población nacional en este grupo de edad, que llega al 49.4 % para los hombres y al 20.7 % para las mujeres (ECV, 2013). Es decir, los hombres mayores víctimas trabajan en mayor proporción que sus pares no víctimas, y esto puede estar relacionado con su menor preparación económica para la vejez, como se presenta más adelante en los resultados cualitativos.

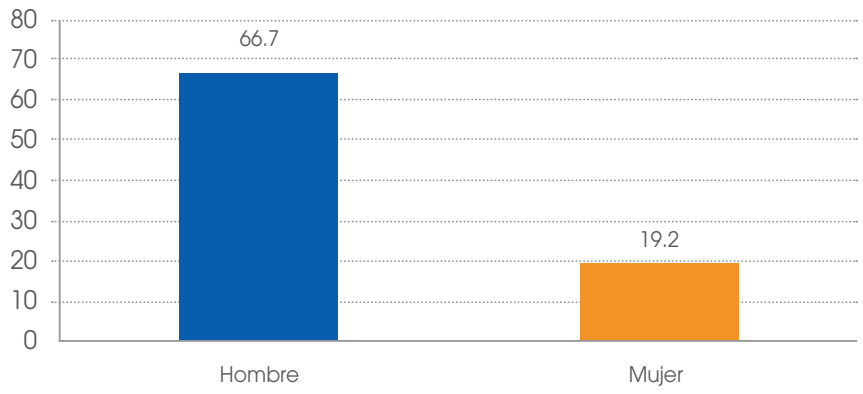
La tasa de ocupación de las personas en situación de desplazamiento forzado es mayor en los hombres que en las mujeres. Los hombres alcanzan la mayor tasa entre los 40 y los 49 años (94.1 %) y las mujeres entre los 30 y 39 años (61.1 %). La tasa de ocupación de las mujeres baja significativamente de los 50 a los 59 años y llega al 27.8 % en el grupo de 60 a 69 años y a 6.3 % en el de 70 años en adelante. Esto contrasta con la de los hombres, quienes inclusive a los 70 años o más reportan una tasa del 40.7 % (Figura 9). Esta tasa de ocupación contrasta con la del nivel nacional

23 La tasa de ocupación, según el DANE es la relación porcentual entre la población ocupada (OC) y el número de personas que integran la población en edad de trabajar (PET). La población ocupada son las personas que se encuentran en una de las siguientes situaciones: 1. Trabajó por lo menos una hora remunerada en dinero o en especie en la semana de referencia. 2. Los que no trabajaron en la semana de referencia, pero tenían un trabajo. 3. Trabajadores familiares sin remuneración que trabajaron en la semana de referencia por lo menos una hora.

en los mismos grupos etarios que no son víctimas del desplazamiento forzado. Según la ECV, la tasa nacional de ocupación del grupo de 40 a 49 años es del 75.8 %, de 50 a 59 años es del 69 %, de 60 a 69 años es del 44.3 % y de los mayores de 70 años es de 21.4 %. Es decir, que en los grupos de 40 a 49 años y de 50 a 59, la tasa de ocupación de los hombres en situación de desplazamiento es considerablemente mayor y la de las mujeres, en los grupos de 60 a 69 años y de 70 años o más, es mucho menor.

Figura 8

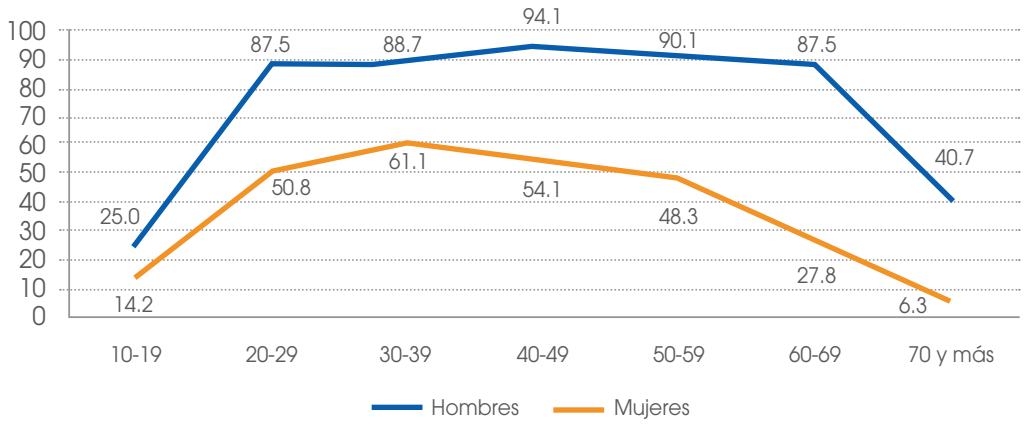
Tasa de ocupación de personas de 60 años o más en condición de desplazamiento



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

Figura 9

Tasa de ocupación de la población en condición de desplazamiento, por grupos etarios y por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

Los resultados cualitativos ayudan a explicar por qué la tasa de ocupación de las personas en situación de desplazamiento es mayor que la de sus pares en las zonas urbanas, en particular en los hombres. La historia laboral de las víctimas que participaron en los grupos focales se caracteriza por la presencia de empleos informales, sin acceso a la seguridad social. De ahí que las probabilidades de prepararse económicamente fueran bastante más bajas. A esto se suma el hecho de que las personas que han sido víctimas del conflicto armado manifiestan que su situación económica ha empeorado en la vejez porque abandonaron sus tierras y otros activos por el desplazamiento. Según Ibáñez y Moya (2007), como ya se mencionó, las personas en situación de desplazamiento difícilmente logran recuperar el bienestar que tenían antes del desplazamiento, y además cuentan con pocos recursos psicológicos y físicos para adaptarse a su nueva vida y vincularse al mercado laboral en las zonas urbanas. A pesar de su avanzada edad, y de la disminución en su capacidad física, los hombres mayores deben continuar desempeñándose en el mercado laboral para conseguir su sustento y el de sus familias.

La vinculación al mercado laboral de las mujeres es, en general, menor que la de los hombres. Y es aún menor para las mujeres en las áreas rurales por su dedicación a las labores del cuidado y de producción agrícola en sus terrenos *(ver capítulo sobre Mercado laboral)*. Como se anotó en ese capítulo, las mujeres de escasos ingresos, más que los hombres, tienen dificultades para reconocer que tienen un trabajo remunerado, pues en general se trata de trabajos informales sin contratos formales o regulares. En los grupos focales se debía hacer varias veces la misma pregunta para validar que las mujeres, en efecto, no tuvieran un empleo informal, lo que puede estar ocasionando subregistros de mujeres ocupadas en las encuestas. Este análisis es de particular importancia para las mujeres víctimas del desplazamiento forzado por sus altos niveles de informalidad laboral (Figura 10).

Al igual que en el resto de grupos focales, las víctimas declaran que las dos principales modalidades de ahorro y de preparación económica son la vivienda y la educación de los hijos. No obstante, la proporción de personas que declara que logró tener acceso a vivienda propia es menor que en el resto de los grupos en los que se observa una tendencia mayoritaria a tener vivienda independientemente del nivel de ingresos *(ver capítulo sobre Ahorro)*. Adquirir vivienda se considera una de las formas más importantes de prepararse económicamente para la vejez. El hecho de no tener que pagar arriendo es una gran ayuda para la difícil situación

económica, especialmente en el caso de las víctimas y de las personas de bajos ingresos. Adicionalmente, una de las mayores satisfacciones de tener vivienda es la posibilidad de dejar una herencia a los hijos. En el caso de las víctimas, la adquisición de la vivienda se hace con aportes de distintos miembros de la familia y más que en cualquiera de los otros grupos de población se mencionan los programas de vivienda del Gobierno. Los medios de financiación formales, como los créditos, son menos señalados entre estos grupos y quienes declaran usarlos son las personas de mayores ingresos.

A pesar de su menor acceso a la vivienda y a que muchas de las víctimas de desplazamiento tuvieron que abandonar sus tierras, una de las mayores contribuciones del trabajo ha sido la acumulación de activos. A diferencia de las personas de ingresos medios y altos, las víctimas y las personas de bajos ingresos manifiestan estar poco satisfechas con sus empleos por las precarias condiciones en las que los desempeñan; sin embargo, se plantean la posibilidad de encontrar satisfacción en empleos que se ajusten a sus características y habilidades, por ejemplo, con jornadas más cortas y actividades menos demandantes físicamente. En los grupos de ingresos medios y altos se resaltan las contribuciones inmateriales del trabajo, como la acumulación de experiencias y conocimientos y el uso productivo del tiempo.

Otra importante modalidad de ahorro y de preparación económica para la vejez mencionada por las víctimas es la educación de los hijos. La mayoría de entrevistados (víctimas y no víctimas) tiene hijos y declara que invertir en ellos y en su educación es una prioridad. Tal como lo plantean Guataquí (2009) y Galasso, Gatti y Profeta (2009), en países como Colombia se le da importancia a los hijos como medio de ahorro e inversión para la vejez, pues las personas mayores esperan poder acudir a ellos en la vejez para que las cuiden y las apoyen económicamente.

Con una ayuda que me dio el Gobierno, yo hice un apartamento en la casa donde vivimos mi mujer y yo. Es el único ahorro que puedo tener. Y yo pido 250 mil pesos de arriendo para los servicios.

(Hombres, víctimas, Montería)

Yo sí tengo un ahorro, un ahorrito, y mi esposa también. Y tenemos la casa… Aunque una casa no es riqueza, sí es mucha pobreza no tenerla. Usted no tiene una casa y es pobre, pobrecito a repobre.

(Hombres, víctimas, Montería)

No me enseñaron a ahorrar. Mis padres se murieron muy jóvenes y quedé en el aire. No tengo ningún futuro ni ninguna pensión y vivo de la limosna que me da el Estado como desplazado. Gracias a Dios estamos subsistiendo.

(Hombres, víctimas, Bogotá)

Yo trabajé en una compañía muy buena y profesional que se llama Coca-Cola. Ahí trabajé 20 años y salí con lo que tenía en el bolsillo, aunque eso es cuento aparte. Ahorrar como tal no pude, y lo que gané lo gasté en mis hijos. Afortunadamente les di buena educación, pues el estudio es muy importante.

(Hombres, víctimas, Bogotá)

7.3.3.2. Tasa de informalidad según los datos de la Encuesta de Calidad de Vida del 2013[24]

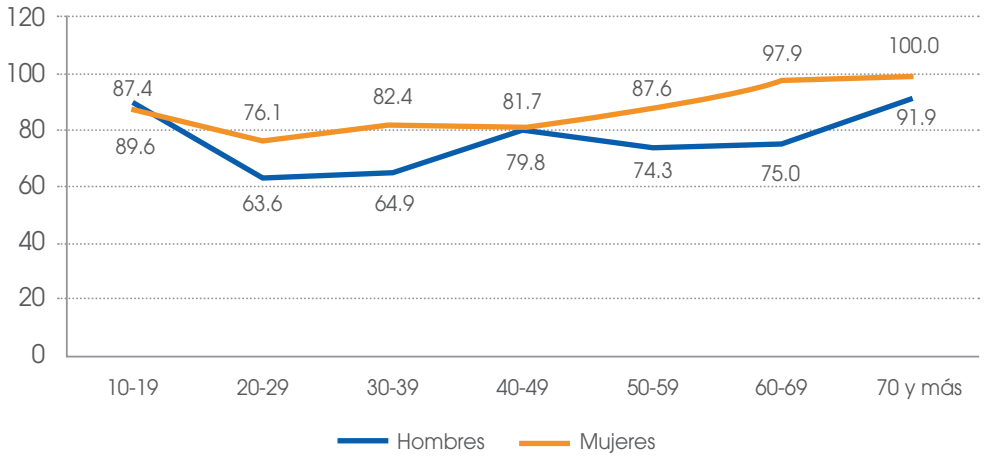
Las tasas de informalidad en las personas víctimas de desplazamiento forzado son altas y superiores a las del promedio nacional (57.7 %)[25]. En las mujeres, las tasas aumentan a partir de los 20 años y a medida que envejecen hasta alcanzar su punto más alto en las mayores de 60 años. En los hombres el comportamiento es diferente: a partir de los 20 años, y hasta los 40 a 49 años, la tasa aumenta y llega al 79.8 %; luego disminuye entre los 50 y 69 años, y después se incrementa hasta el 91 % (Figura 10).

24 No se pudo realizar una desagregación de la tasa de informalidad por nivel socioeconómico de las personas en situación de desplazamiento forzado debido a las pocas observaciones disponibles.

25 Cálculos propios con base en la ECV 2013. Esta puede variar con los cálculos presentados por el DANE y Fedesarrollo, pues estos se realizan con la Gran Encuesta Integrada de Hogares que tiene representatividad en 14 de las principales ciudades de Colombia, en las que la tasa de ocupación es mayor y la tasa de informalidad menor si se tienen en cuenta las áreas rurales y de cabecera.

Figura 10

Tasa de informalidad de la población en situación de desplazamiento, por grupos etarios y por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

Los altos y ascendentes niveles de informalidad entre hombres y mujeres son preocupantes, y demuestran la falta de estabilidad y de preparación económica de la población víctima del desplazamiento forzado.

La literatura, así como los resultados cualitativos de este estudio, muestran que la precaria situación laboral de las personas en situación de desplazamiento se debe a que en el momento del desplazamiento forzado se pierden activos productivos y se afectan las principales fuentes de recursos, relacionadas principalmente con las actividades agrícolas. Debido a su bajo nivel educativo y a que su principal actividad productiva son las labores agrícolas, encontrar un trabajo formal en el lugar al que llegan es muy difícil. La tasa de ocupación de las personas mayores de 60 años refleja la necesidad de seguir generando ingresos a lo largo de la vida y durante la vejez, como consecuencia de la pérdida de sus activos a causa del desplazamiento y del conflicto armado y de la falta de ingresos seguros derivados de las pensiones contributivas (Ibáñez y Moya, 2006).

7.3.4. El acceso a pensiones por parte de la población en situación de desplazamiento forzado

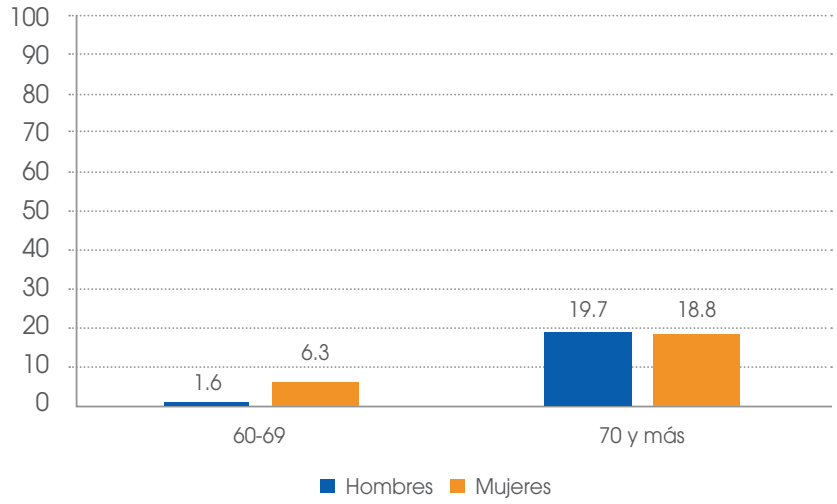
En esta sección se estudia el acceso a las pensiones contributivas y no contributivas según los datos de la ECV 2013. Como lo muestra la Figura 11,

pocas personas mayores víctimas del desplazamiento forzado reciben pensiones de jubilación, sustitución pensional o invalidez. Entre los 60 y los 69 años, solo el 1.6 % de los hombres recibe pensión y de las mujeres la recibe el 6.3 %. Este porcentaje es mucho menor que el promedio nacional (22.3 %), que ya es significativamente bajo en relación con la cantidad de personas mayores, víctimas y no víctimas, que tiene derecho a recibir un ingreso seguro durante su vejez. Entre los de 70 años o más, las mujeres reciben menos pensión que los hombres, y la diferencia es mayor en el grupo de 60 a 69 años (4.7 puntos porcentuales).

En los grupos etarios de 40 a 49 años y de 50 a 59 años se analizó si las personas en situación de desplazamiento forzado se encontraban cotizando a pensiones contributivas. Los resultados evidencian que más del 80 % de hombres y mujeres en ambos grupos etarios no cotiza a pensiones contributivas. Aún así, los hombres cotizan más que las mujeres en ambos grupos: el 14.4 % de los hombres entre 40 y 49 años cotiza, mientras que solo el 7.1 % de las mujeres en este grupo lo hace. En el grupo de 50 a 59 años, el 17.3 % de los hombres y el 5.5 % de las mujeres cotizan (Figura 12).

Figura 11

Hombres y mujeres en situación de desplazamiento que reciben pensión, por grupos etarios[26]

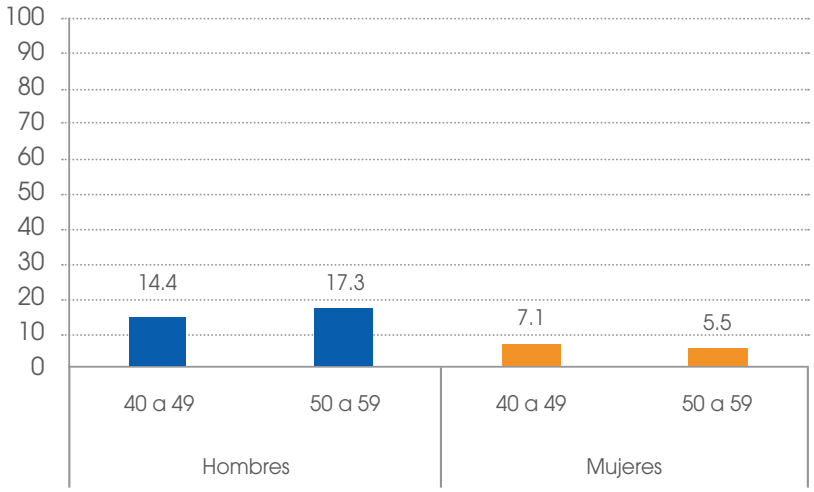


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

26 No se pudo determinar si este ingreso por pensión corresponde a pensión de vejez, de sobreviviente o de invalidez.

Figura 12

Hombres y mujeres en situación de desplazamiento que cotizan a pensiones, por grupos etarios

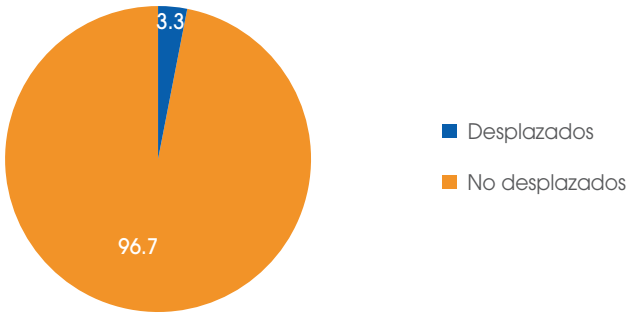


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

Se estima que el 3.3 % de las personas que recibe beneficios del programa Colombia Mayor son personas de 60 años o más en situación de desplazamiento forzado (Figura 13). Teniendo en cuenta que la población mayor tiene menos acceso a pensiones que el promedio nacional, y que además presenta mayores niveles de informalidad laboral, esta cifra debería ser mayor si se toman en consideración las medidas de atención, asistencia y reparación de la Ley 1448 de 2011.

Figura 13

Porcentaje de personas de 60 años o más, según su situación de desplazamiento, que reciben Colombia Mayor



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.

En síntesis, las personas de 60 años o más en situación de desplazamiento forzado tienen una menor cobertura de acceso a pensiones contributivas y no contributivas en comparación con el promedio nacional. Esta situación es particularmente preocupante para la población en situación de desplazamiento pues además muchos perdieron las tierras y los activos[27] que serían su seguridad económica en la vejez (Ibáñez y Moya, 2006).

En relación con el programa Colombia Mayor, que podría contribuir a la disminución de la pobreza en este grupo etario, su cobertura en el país es más baja que la de los países latinoamericanos que han implementado programas similares. Chile, por ejemplo, tiene una cobertura del 60 % y México del 69 %. Una preocupación que generan estos programas es su posible utilización como herramientas políticas para obtener réditos electorales, situación a la que pueden estar más expuestas las personas en condición de desplazamiento por su vulnerabilidad.

Con base en los datos cualitativos se puede afirmar que la preparación económica de las personas víctimas del conflicto armado es precaria por su poco acceso a empleos formales con seguridad social. Generalmente, las víctimas en su juventud se emplearon en el sector agrícola en las áreas rurales, donde la falta de preparación económica es más evidente. Los trabajos en el sector agropecuario comúnmente se pagan por jornal, por día o por semana, y son muy inestables porque dependen de los ciclos de los cultivos. Además del acceso restringido a empleos formales, las víctimas del conflicto que participaron en el trabajo de campo cualitativo manifiestan su desconocimiento del sistema pensional y en general de las opciones que existen para prepararse económicamente; incluso algunas de ellas están convencidas de que únicamente los empleados del Gobierno se pueden pensionar. Esta apreciación errónea la explica la escasa información, pero también el predominio del sector público como generador de empleo formal en las áreas rurales de donde provienen las víctimas. Al igual que el resto de personas mayores, las víctimas revisan su historia al envejecer y declaran que, de haber previsto el significado de esta etapa, habrían buscado más oportunidades para ahorrar y garantizarse una mejor calidad de vida.

27 Debido al pequeño tamaño de la muestra de la población desplazada, no se puede analizar la tenencia de activos de la población mayor desplazada, como se hizo en el *Capítulo sobre ahorro*.

–¿Usted cotizó para pensión?
–Perdone señorita, ¿qué es cotizar para pensión?

(Mujeres, víctimas, Bogotá)

Nunca, jamás, porque yo no sabía y no sé hasta ahora cómo es eso.

(Mujeres, víctimas, Bogotá)

Los que se pensionan trabajaron con compañías o entidades para poder tener pensión. Y como el trabajo nuestro es el campo y la agricultura…, hay cosas que no llegaron. La pensión puede ser poder mantener una finca, la propiedad, que es lo que me he ganado. Eso puede ser nuestra pensión para la vejez.

(Hombres, víctimas, Montería)

Las víctimas y las personas de bajos ingresos son quienes más conocen el programa Colombia Mayor, aunque las primeras tienen menos claridad sobre las características del subsidio, los montos y el procedimiento para acceder a él. Según los testimonios sobre Colombia Mayor, en general las personas mayores lo consideran insuficiente para cubrir sus necesidades, aunque reconocen que se trata de un subsidio que representa una ayuda. Además, el hecho de que el susidio se maneje a escala municipal y tenga distintos montos, genera malestar entre los beneficiarios, en particular en las áreas rurales, donde suele ser más bajo que en las cabeceras *(ver capítulo sobre Pensiones)*.

Yo creo que [Colombia Mayor] es un programa excelente y a la fecha todo los que están en ese programa tienen su subsidio. Es un programa que hasta hoy no da mucho; por allá, por Lorica, pagan 150 mil y aquí 120 mil, tal vez porque hay más gente.

(Hombres, víctimas, Montería)

Pues yo sé que existen unos programas para la tercera edad. Son unas limosnas que le dan a algunas personas por ahí cada dos meses, pero la verdad, están terminando con nosotros. Una persona tiene que ir a hacer una fila tipo 2 o 3 de la mañana y yo pienso que para la salud no es conveniente. Fuera de eso, yo no conozco otro programa.

(Hombres, víctimas, Montería)

La estoy pasando con el poquito subsidio que nos dan, pero es muy poquito: 80 mil pesos cada 70 días. ¿Eso para qué alcanza?

(Hombres, bajos ingresos, Gutiérrez)

7.3.5. Acceso de la población mayor víctima del desplazamiento forzado a la salud

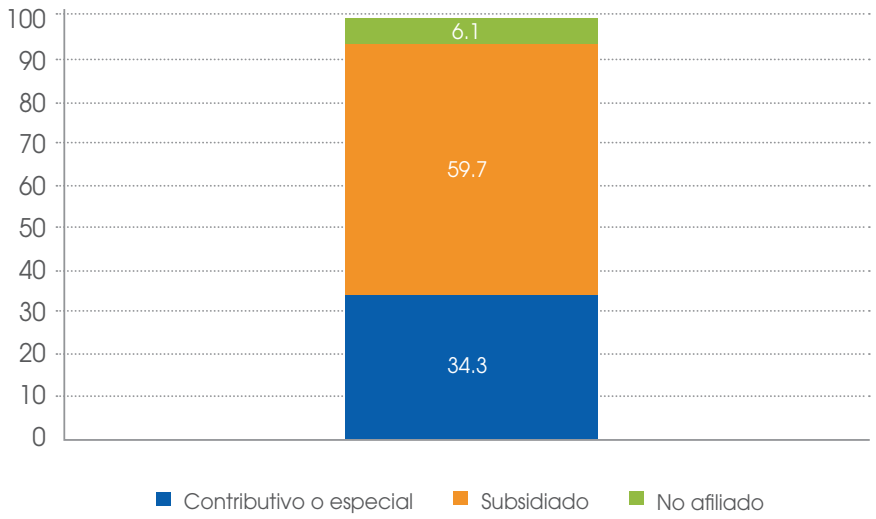
Con base en la ELPS 2012, esta sección estudia el tipo de régimen de salud al que se encuentra afiliada la población mayor desplazada, así como sus percepciones sobre el sistema de salud y su preparación para la vejez según los resultados cualitativos. El componente cuantitativo refleja la situación de la población en situación de desplazamiento forzado y no la de la víctima del conflicto armado en general.

El envejecimiento puede implicar un deterioro de la salud de las personas que trae consigo un mayor consumo y uso de los servicios de salud. El estado de salud está determinado por el acceso a servicios de calidad y por hábitos como el cuidado de la salud y la vida activa, entre otros. En Colombia se han logrado altos niveles de cobertura: se estima que el 94 % de la población total está cubierta por

un régimen de salud, ya sea contributivo o no contributivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)[28]. Entre las víctimas de 60 años o más en situación de desplazamiento forzado, el principal régimen de afiliación a salud es el subsidiado (59.7 %) (Figura 14) y sus porcentajes de afiliación son mayores al promedio nacional de este grupo etario (44.4 %) (ELPS, 2012), lo que representa un gran logro de inclusión para esta población. Como lo muestra la Figura 14, el 34.3 % de las personas de 60 años o más está afiliada al régimen contributivo o especial y el restante 6.1 % no está en ningún régimen. Debido al tamaño de la muestra de desplazados, no se pudo hacer un análisis desagregado por sexo.

Figura 14

Régimen de salud de las personas de 60 años o más en situación de desplazamiento



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

Si bien el acceso a los servicios de salud de la población desplazada mayor es alto, las percepciones sobre su calidad, según los resultados cualitativos, no son tan positivas. Al analizar los discursos de las personas mayores víctimas del conflicto armado en los grupos focales, es evidente el mayor número de

28 En Colombia el aseguramiento y la prestación de servicios de salud están segmentados en tres sistemas: el sistema contributivo, el sistema subsidiado y los regímenes especiales. Para mayor información, consulte el *Capítulo de salud*.

quejas comparado con los otros grupos focales. Estas quejas están relacionadas principalmente con: (1) la falta de información sobre los servicios de salud que se ofrecen; (2) la limitantes de índole burocrática para acceder a ellos; por ejemplo, la gestión de documentos, el desplazamiento a distintos lugares para ser atendidos y la lentitud en la asignación de citas; y (3) un escepticismo verbalizado frente al médico y la EPS, como prestadores de servicios de salud, que se manifiesta en el temor de recibir malas noticias o descubrir condiciones graves de salud. En resumen, en general hay una explícita insatisfacción con el sistema de salud.

Yo, a mi parecer, no tengo nada. Pero voy al médico, y azúcar, colesterol, presión alta… Ellos dicen que tengo todas esas enfermedades. Yo les digo que no tengo nada. Mire, un ejemplo: go pastillas por cada enfermedad. ¿Usted cree que voy a tener estómago para tener tanta pastilla? No, en el nombre de Jesús. No voy a tomarme esas pastillas. Y ahí están.

(Mujeres, víctimas, Montería)

Resulta que la EPS, o sea la Entidad Prestadora de Salud, me estaba haciendo conejo porque no cree en mi discapacidad, y no se la creen a uno a pesar de que tengo los papeles de la ortopedista. Fui a sacar una cita, y llevo más de un mes preparándome para demostrarles que sí tengo esa discapacidad.

(Hombres, víctimas, Bogotá)

El segundo componente del estado de salud son los hábitos de vida y las preferencias por el cuidado de la salud y la vida activa. La población víctima de la violencia que participó en los grupos focales aludió a la dificultad para prepararse físicamente para la vejez: frente a las realidades que viven y a las necesidades que requieren ser resueltas con urgencia –lograr su sustento diario y tener donde vivir en el largo plazo–, la salud no es una prioridad. Aun así, mencionan los hábitos de vida saludable que asumen en general todas las personas y que conocen a través

de sus relaciones con otros y por los medios de comunicación: dejar el cigarrillo y el alcohol, comer saludablemente, hacer ejercicio regularmente, visitar al médico para prevenir o tratar enfermedades, etcétera. De acuerdo con la tendencia de la población general, hay una clara referencia a Dios como el responsable principal de su salud y como el orientador de sus acciones, no solo en términos de bienestar, sino de la vida misma, en una posición de clara tolerancia frente a sus decisiones.

Le digo a mi Dios que me dé fuerza y valentía para soportar todo lo que venga y que Él, como dueño de la vida, ponga en mí lo que yo no puedo y mi familia tampoco. Cuando fui al médico, me dijo: "Sufres de esto, tienes que tomarte la medicina, y si no te la tomas, pues…". Me mandó ibuprofeno, y yo le dije: "No me mande ibuprofeno; mejor no me mande nada porque a mí me hace daño". Y entonces me recetó unas inyecciones, otras pastillas y un desinflamatorio. Vamos a rogarle a Dios que me dé salud para seguir adelante.

(Hombres, víctimas, Montería)

Cuando tomé la decisión de dejar de tomar trago, tenía ya como 48 años. Me dije: "Bueno, dejo las discordias con mis amigos". El borracho, para el mejor amigo, si le toca pelear, pelea; si le toca hacerse matar, se hace matar, y uno se vuelve un bruto. Yo dije: "esto no sirve, porque yo quiero que el señor me regale harto tiempo". Y me fui mejorando y hoy vivo bien gracias a Dios.

(Hombres, víctimas, Bogotá)

Gracias a mi Dios estoy bien. Soy de familia diabética hipertensa, y no tengo nada de eso, ni azúcar, ni colesterol, ni presión alta, nada.

(Mujeres, víctimas, Montería)

7.3.6. Las personas víctimas mayores: cuidados y cuidadores

En esta sección se estudia el cuidado de las personas víctimas mayores y su relación con ciertos tipos de discapacidades y enfermedades crónicas. También el rol de las personas mayores como cuidadores de otros. Este análisis se basa en los resultados del trabajo de campo cualitativo y de la ELPS 2012.

7.3.6.1 El cuidado de las personas víctimas mayores

Una conclusión general de las secciones sobre temas laborales, pensionales y de ahorro es que las víctimas mayores tienen poca preparación económica para la vejez. En ausencia de facilidades económicas para pagar los servicios por su cuidado, la familia es la principal responsable del cuidado y la institución es la segunda. Todos los grupos, incluidos los de víctimas, mencionan el rol de la mujer en el cuidado, que es más marcado en esta población por la baja participación de las mujeres en el mercado laboral. No obstante, este fenómeno propicia la reproducción de la distribución inequitativa de las tareas de cuidado que se recargan sobre las mujeres, afecta su participación laboral y, por lo tanto, su preparación económica para la vejez *(ver capítulo sobre Cuidado).*

Yo tengo cinco hijas mujeres y cinco hijos hombres. Ellos me cuidan ahora ya viejo, pues tengo 8o años.

(Hombre, víctimas, Montería)

Mis hijos me quieren mucho y tengo una hija que es muy especial conmigo. Será ella quien se haga cargo de mí para cuidarme.

(Mujer, víctimas, Montería)

Yo hago todos los oficios de la casa y cocino para mis hijos que trabajan. En el tiempito que me queda, hago bobaditas pa' vender por ahí.

(Mujeres, víctimas, Bogotá)

A mí me gustaría que me cuidara la hija con la que estoy, porque ella me daría la mejor atención. Yo estoy solo, y una mujer tiene cuidado con uno. La hija es carne de mi carne y huesos de mis huesos, eso a mí me gusta.

(Hombres, víctimas, Montería)

Mi mamá ya tiene 89 años y yo vivo aparte, con mis dos hermanos y un hijo, pero me toca ir a verla, a veces a cocinar y otra vez a mi casa para darle la comida a mis hermanos. Todo eso me toca a mí. También voy a ayudarle a enjabonar y lavar la ropa, barrer la casa, coger hierba, recoger leña.

(Mujeres, víctimas, Pasto)

El cuidado que reciben las personas mayores también se relaciona con sus discapacidades y enfermedades crónicas y su intensidad. Estas les impiden realizar algunas actividades de la vida diaria o vivir de manera independiente, y aumentan la necesidad de recibir cuidado de otras personas. Los resultados de la ELPS muestran que las personas de 60 años o más víctimas del desplazamiento forzado, con algún tipo de discapacidad, son el 18.8 % (Figura 15). De estas personas, el 24.3 % no está recibiendo ningún tipo de cuidado, mientras que el 75.7 % restante sí (Figura 16). Estos resultados no son tan diferentes al promedio nacional de las personas de 60 años o más: un 72.2 % recibe cuidado y el restante 27.8 % no recibe ninguno. En comparación con la población general, el cuidado que reciben las víctimas del desplazamiento forzado con algún tipo de discapacidad es mayor.

Figura 15

Porcentaje de personas de 60 años o más en situación de desplazamiento con algún tipo de discapacidad

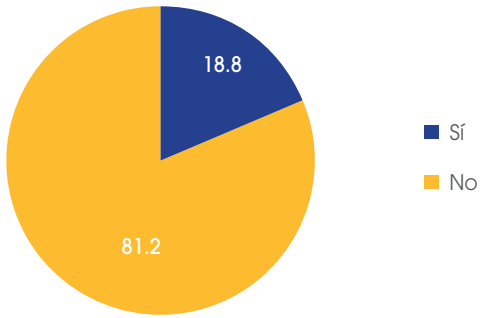
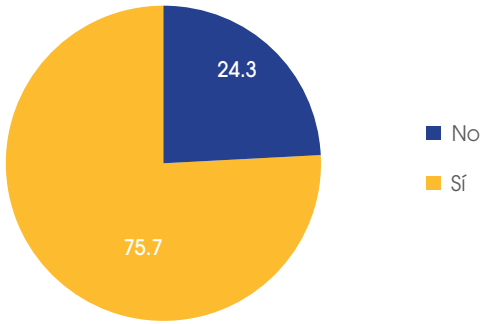


Figura 16
Porcentaje de personas de 60 años o más en situación de desplazamiento con algún tipo de discapacidad que están siendo cuidadas



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

Al igual que el resto de las personas mayores, la población mayor en situación de desplazamiento forzado sufre enfermedades crónicas: cardiaca, respiratoria, hipertensión, artritis, cáncer, enfermedades renales o cerebrovasculares. Las personas de 60 años o más en situación de desplazamiento que padecen alguna enfermedad crónica son el 4 % (Figura 17). De estas, el 25.6 % está siendo cuidada y el 74.4 % no (Figura 18). Esto muestra que las personas de 60 años o más en condición de desplazamiento, con alguna enfermedad crónica, reciben más cuidado que el promedio nacional (18.5 %).

Figura 17
Porcentaje de personas de 60 años o más en situación de desplazamiento con alguna enfermedad crónica

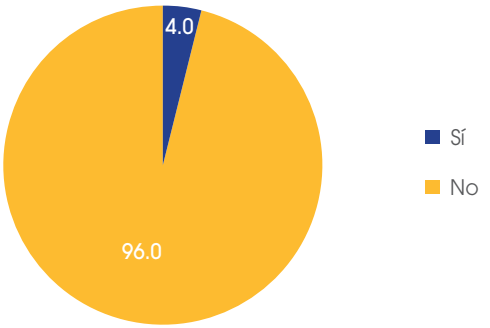
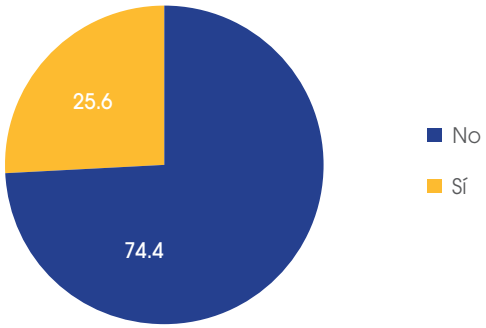


Figura 18

Porcentaje de personas de 60 años o más en situación de desplazamiento con alguna enfermedad crónica que están siendo cuidadas.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

En relación con el cuidado recibido por tener alguna discapacidad o enfermedad crónica, las víctimas del desplazamiento forzado que participaron en los grupos focales manifestaron que reciben mayor cuidado de los miembros del hogar. A pesar de contar con el apoyo de la familia, en los diferentes grupos el temor a la dependencia es evidente. El depender tiene una connotación negativa y hace referencia a la necesidad de cuidado como una carga para la familia.

Yo tengo que ser sincero con ustedes y conmigo mismo: toda la vida le he pedido a Dios que, el día que ya no sea útil y que no me pueda cuidar por mis propios medios, me borre del mapa.

(Hombres, víctimas, Montería)

Yo lo único que le pido a mi Dios, en primer lugar, es que me tenga hasta que me pueda valer por mí misma. Y en segundo lugar, que si me deja hasta que yo esté inútil y no pueda valerme por mí misma, que mi esposo, si ha sobrevivido, me cuide para no molestar a mis hijos.

(Mujeres, víctimas, Pasto)

7.3.6.2. Las víctimas mayores como cuidadores

El cuidado que se brinda a las personas mayores del hogar no es una actividad unidireccional: aunque estas son cuidadas, también contribuyen con el cuidado de sus nietos, cónyuges o familiares en condición de discapacidad o de edad más avanzada. El rol de cuidadores de las víctimas mayores se evidencia en los grupos focales organizados. Los entrevistados aluden en primer lugar al cuidado de sus padres, luego al de sus hijos, nietos y en cuarto lugar al de su pareja. Esta situación es distinta en los grupos de desmovilizados, donde se hace referencia en primer lugar al cuidado de la pareja y en segundo lugar al de los hijos.

Yo vivo con mi esposa y cargo con el trabajo de cuidar a mi madre y a una hija.

(Hombres, víctimas, Pasto)

El grupo familiar en mi casa está compuesto por mi hermana, mi papá, que tiene 80 años, y yo. Me dedico a cuidarlo a él, porque mi hermana está trabajando.

(Mujeres, víctimas, Pasto)

En general, las víctimas mayores se refieren al cuidado como una carga. Esto tiene que ver con que el cuidado se brinda principalmente a personas de mayor edad (los padres), que son más propensos a tener enfermedades crónicas o discapacidades que implican jornadas de atención extensas e intensas y que pueden afectar la calidad de vida de sus cuidadores. En contraste, entre las personas mayores de las zonas urbanas con altos ingresos se encuentran algunas referencias al cuidado como algo satisfactorio que realza el rol de quien cuida. En términos de afectación por el conflicto, las víctimas mayores relacionan el cuidado principalmente con la colaboración intergeneracional.

Yo he hecho de todo un poquito en esta vida: trabajar en el monte, sacar yuca, sembrar, cortar arrobos y apilar. Ahora no estoy haciendo nada, porque mi marido está inconsciente y hay que hacerle todo. Estoy parada, porque con él así no puedo hacer nada.

(Estudio de caso, Palenque)

Yo siempre he vivido con mis hijos. A veces me toca ayudarlos, y ellos también me ayudan a mí.

(Mujeres, víctimas, Pasto)

7.4. Conclusiones e implicaciones de política

En este capítulo se evidencia que la población mayor víctima del conflicto armado no está preparada económicamente, pero que cuenta con muy altos porcentajes de acceso a salud subsidiada en comparación con la población mayor a nivel nacional. El 9.3 % de las víctimas tiene 60 años o más y el 20.2 % entre 40 y 59 años. Son mayoritariamente mujeres que han sufrido el desplazamiento forzado, el homicidio o la desaparición de algún familiar o conocido. Las tasas de ocupación y de informalidad son particularmente altas, en comparación con el promedio nacional, sobre todo en el caso de las mujeres. Esto evidencia la falta de preparación económica para la vejez, que puede ser, además, particularmente precaria debido a la pérdida de activos –vivienda, tierras, animales– durante el desplazamiento forzado.

De hecho, en los resultados cualitativos se evidenció que, de las formas que mencionaron de preparación para la vejez, las dos principales son la adquisición de vivienda y la educación de los hijos. Sin embargo expresaron que cuando sufrieron el desplazamiento forzado perdieron los activos productivos que habían acumulado a lo largo de sus vidas y eran su preparación económica para la vejez.

Otro de los aspectos preocupantes es el pensional y el acceso al programa Colombia Mayor. Solo el 1.6 % de las mujeres y el 6.3 % hombres reciben una pensión, muy por debajo del promedio nacional en ese grupo etario. En cuanto al programa Colombia Mayor, solo un 3 % de las personas que reciben sus beneficios están en situación de desplazamiento forzado.

Finalmente, en el aspecto de salud, el principal régimen al que se encuentran afiliadas las personas de 60 años o más víctimas de desplazamiento por el conflicto es el subsidiado. Los resultados cualitativos sobre los servicios de salud evidenciaron que las percepciones de esta población sobre la calidad de los servicios no son positivas. En cuanto a discapacidades y enfermedades crónicas, el 18.8 % de las personas en situación de desplazamiento presenta algún tipo de discapacidad y más de la mitad recibe algún tipo de cuidado; menos del 5 % tiene algún tipo de enfermedad crónica y más de la mitad no recibe cuidado.

En los grupos focales se encontró que la familia es la principal fuente de cuidado por la falta de recursos económicos y que esta dependencia tiene una connotación negativa, pues se la ve como una carga para la familia. Además de ser cuidadas, las personas mayores expresaron ser cuidadoras, principalmente de los padres, luego de los hijos, los nietos y sus cónyuges o compañeros permanentes.

7.4.1. Implicaciones y recomendaciones

La precaria preparación económica de la población mayor víctima del conflicto armado requiere una atención especial en razón de su peso demográfico, no solo por las cerca de 680.000 víctimas que actualmente son mayores, sino por los casi 2.1 millones de víctimas que llegarán a la vejez en el corto y mediano plazo. Dicho peso demográfico presenta enormes retos a la reparación integral, a la estabilización socioeconómica y a la inclusión social de las víctimas mayores en un escenario de construcción de paz.

En respuesta a la difícil situación socioeconómica de la población víctima, los entes territoriales y el Gobierno nacional han desarrollado estrategias de orden económico, social, psicosocial, de acceso a la vivienda y a la salud y de restitución de tierras, entre otras, por medio de la Ley 1448 de 2011 de Víctimas y Restitución de Tierras. Aunque se observan los beneficios del apoyo brindado por la Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas, sobre todo en términos de acceso

al régimen de salud subsidiada, es crucial que todos los programas desarrollados en el marco de la ley, pero también en el marco del desarrollo y la protección social tengan particularmente en cuenta a la población mayor víctima debido a su alta vulnerabilidad económica. El lugar prioritario que deben ocupar las víctimas mayores en la oferta y en los programas sociales de toda índole no solo debe ser cuantitativo, sino que debe responder a las necesidades particulares de las víctimas mayores y sus familias.

Algunos programas que focalizan sus ayudas en la población víctima podrían crear beneficios especiales para la población víctima mayor. La estrategia Unidos, manejada por la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE), ofrece apoyo psicosocial y acceso preferencial a los servicios del Estado para las personas registradas en el Registro Unidos de la Unidad de Víctimas, así como a la población en pobreza extrema según el Sisbén.

Programas de pensiones no contributivas como Colombia Mayor deben igualmente dar acceso preferencial a la población víctima mayor. Debido a la pérdida de sus activos, entre ellos su vivienda y sus tierras, las víctimas mayores deberían además tener acceso preferencial a programas como Vivienda Gratis, del Ministerio de Vivienda. Se estima que las personas en situación de desplazamiento forzado representan actualmente el 72.5 % de los beneficiarios (Ministerio de Vivienda, 2014), así como que el programa da un acceso preferencial a las personas mayores víctimas del conflicto. Esto se debe mantener.

La ruta integral de atención, asistencia y reparación integral a víctimas debe desarrollar de manera efectiva y completa el enfoque diferencial del envejecimiento y vejez en todos sus momentos y prestaciones. Resultan particularmente prioritarios los siguientes. En primer lugar la atención a emergencias humanitarias debe prever las necesidades de las personas mayores, particularmente lo que se refiere a la provisión de medicamentos especializados, de ayudas técnicas, dotación de albergues y alimentación, de forma que las personas mayores, en la medida que ello sea posible, no vean sus condiciones de salud agravadas. En segundo lugar las medidas de asistencia deben incorporar igualmente el enfoque diferencial de envejecimiento y vejez, algunas formas para lograrlo son: priorizar a los hogares con personas mayores en la entrega de la ayuda humanitaria de emergencia y de transición; adaptar la oferta de educación y formación para el trabajo a las personas mayores y particularmente al segmento entre 40 y 59 años, de forma

que puedan efectivamente encontrar opciones de generaciones de ingresos; finalmente las medidas de asistencia relacionadas con la salud deben ampliarse, el reto debe ir más allá de la afiliación y el acceso a servicios e incluir acciones concretas de prevención, fomento de hábitos de vida saludable, formación y capacitación para el autocuidado y el cuidado de otras personas mayores. Pero las víctimas mayores no deben ser vistas como receptores de ayuda y asistencia, en tercer lugar la ruta de atención, asistencia y reparación integral, debe brindarles opciones diferenciadas y efectivas para reparar los daños que sufrieron y ayudarlos a reconstruir sus proyectos de vida. De esta manera las medidas de reparación integral disponibles a través de la Ley 1448 de 2011 deben incorporar el enfoque diferencial de envejecimiento y vejez, ello debe comenzar con la identificación de los riesgos e impactos desproporcionados y acentuados que el conflicto armado ha generado en las personas mayores de actuales y futuras generaciones, los cuales brindan insumos para lograr que la reparación sea integral, adecuada y efectiva. Los procesos de restitución y de retorno deben tanto priorizar a las personas mayores que sean elegibles, como brindar un acompañamiento efectivo para que los procesos sean exitosos y logren transformar positivamente las condiciones de vida de las personas. A su vez el pago de las indemnizaciones debe priorizar a las personas mayores, y al interior de ese grupo, priorizar a aquellas víctimas de edades más avanzadas, bajo el entendido que todas las víctimas deben tener derecho a disfrutar en vida de su reparación. En el plano de la atención psicosocial, tanto en las estrategias desarrolladas de manera independiente por la Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas, como en aquellas desarrolladas en el marco del PAPSIVI deben incluir acciones y prestaciones especialmente dirigidas a las víctimas que actualmente son mayores, así como otras dirigidas al universo de víctimas que fomenten una percepción positiva y una preparación activa para la vejez en el marco de un proceso de construcción de paz.

Finalmente, tanto el Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH) como la Unidad para las Víctimas fomentan y desarrollan acciones de participación con enfoque diferencial de envejecimiento y vejez. Las personas mayores de actuales y futuras generaciones deben tener la posibilidad de contribuir a la construcción de los imaginarios del conflicto, a construir una memoria histórica que permita imaginar y consolidar la paz, así como ser actores clave en la implementación, monitoreo y seguimiento de la Política de Atención, Asistencia y Reparación a Víctimas.

7.5. Referencias bibliográficas

Álvarez, S. y Rettberg, A. (2008). *Cuantificando los efectos económicos del conflicto: una exploración de los costos y los estudios sobre los costos del conflicto armado colombiano.* Colombia Internacional, 67, 14-37.

Colombia. Conpes 3726 de 2012 (30 de mayo). *Lineamientos, plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismo de seguimiento para el Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas.* Recuperado de: https://www.ictj.org/ictj/docs/Ley1448/Conpes-de-victimas-3726.pdf

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-805/2002. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa y Eduardo Montealegre Lynett.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-916/2002. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-899/2003. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-570/2003. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-579/2013. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

Colombia. Decreto 4800 de 2011 (20 de diciembre), por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones.

Colombia. Decreto 4829 de 2011 (20 de diciembre), por el cual se reglamenta el capítulo III del título IV de la Ley 1448 de 2011 en relación con la restitución de tierras.

Colombia. Ley 1448 de 2011 (10 de junio), por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 48096 de la República de Colombia.

DANE. (2013). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.* Recuperado de: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Prensa_ECV_2013.pdf

DANE. (2012). *Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.* Recuperado de: http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/encuesta-longitudinal-de-proteccion-social

Ferris, E. (2008). *Desplazamiento interno y la construcción de la paz.* Bogotá: Proyecto Brookings-Bern sobre Desplazamiento Interno y Pontificia Universidad Javeriana.

Fundación Saldarriaga Concha. (2014). *Las personas mayores en la construcción de paz.* Recuperado de: http://www.saldarriagaconcha.org/prensa/informesespeciales/item/422-las-personas-mayores-en-la-construccion-de-paz

Gatti, R. y Profeta, P. (2009). *Investing for the old age: pensions, children and savings*. International Tax and Public Finance, 16(4), 538-559.

Grupo de Memoria Histórica (GMH). (2013). *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad.* Bogotá: Imprenta Nacional.

Guataquí, J. (2009). *La dimensión del desplazamiento en Colombia: La problemática del sistema de registro y caracterización de la población desplazada.* En C. Rodríguez (Ed.), Más allá del desplazamiento: políticas, derechos y superación del desplazamiento forzado en Colombia. Bogotá: Universidad de los Andes.

HelpAge. (2010). *Obligados a cambiar de horizontes: desplazamiento forzado, un enfoque diferencial para las personas adultas mayores en Cali, Colombia.* La Paz: HelpAge International.

Ibáñez, A. M. y Moya, A. (2006). *¿Cómo el desplazamiento forzado deteriora el bienestar de los hogares desplazados?: análisis y determinantes del bienestar en los municipios de recepción.* Documento Cede 2006-26. Bogotá: Universidad de los Andes.

Kurtenbach, S. (2005). *Análisis del conflicto en Colombia.* Bogotá: Friedrich Ebert Stiftung en Colombia (Fescol).

Mac Hugh, G. (2010). I*ntegrating internal displacement in peace processes and agreements.* Washington, D.C.: United States Institute of Peace.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Más de 2 millones de nuevos afiliados y doce millones de colombianos con acceso a iguales servicios de salud.* Recuperado de: http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Más-de-2-millones-de-nuevos-afiliados-y-doce-millones-de-colombianos-con-acceso-a-iguales-servicios-de-salud-.aspx

Ministerio de Vivienda. (2014, junio). *Noticias.* Recuperado de: http://www.minvivienda.gov.co/sala-de-prensa/noticias/2014/junio/m %C3 %A1s-del-72-de-los-beneficiarios-del-programa-de-las-100-000-viviendas-gratis-son-desplazados-minvivienda

Pizarro, E. (2004). *Una democracia asediada. Balances y perspectivas del conflicto armado en Colombia.* Bogotá: Grupo Editorial Norma.

Red Nacional de Información (RNI). (2014, noviembre). *Información al servicio de las víctimas.* Recuperado de: http://rni.unidadvictimas.gov.co/?q=v-reportes

Sudanese Civil Society Capacity Building Initiative. (2007). *Conflict transformation and social peace: Building in post-conflict era.* Jartum: Sudanese Civil Society Capacity Building Initiative.

The Brookings Institution. (2009, febrero). I*nternal displacement and peacebuilding in Colombia.* Recuperado de: http://www.brookings.edu/~/media/events/2009/2/25 %20colombia/0225_colombia.pdf

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (s.f.). Registro Único de Víctimas (RUV). Recuperado de: http://rni.unidadvictimas.gov.co/?q=node/107

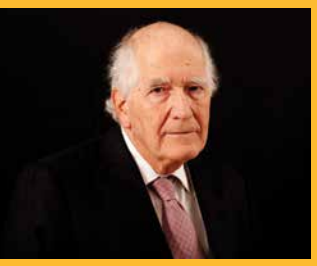
United Nations General Assembly (2006, diciembre). *Basic principles and guidelines on the right to a remedy and reparation for victims of gross violations of International Human Rights Law and serious violations of International Humanitarian Law.* United Nations, A/RES/60/147. Recuperado de: http://legal.un.org/avl/ha/ga_60-147/ga_60-147.html

United Nations. (n.d.). *Peacebuilding & The United Nations.* Recuperado de: http://www.un.org/en/peacebuilding/pbso/pbun.shtml

United Nations. (n.d.). *Transitional Justice.* Recuperado de: http://www.unrol.org/article.aspx?article_id=29

Universidad de Bern y Universidad de Georgetown. (2007). *When displacement ends: A framework for durable solutions.* Washington, D.C.: The Brookings Institution-University of Bern Project on Internal Displacement.

Williams, R. (2008, diciembre). *El Principio Rector 29 y el derecho a la restitución.* Migraciones Forzadas, núm. especial, 23-24.



8.

Hábitos de paz y diálogos intergeneracionales:

el aporte de las personas mayores a la construcción de paz en Colombia

Por Lucas Correa Montoya, Soraya Montoya González
y Martha Isabel Acevedo León

ISBN (Online)
978-958-59203-5-4

Contenido

8.1. Introducción 576

8.2. Marco teórico 579
8.2.1. La paz como un derecho, la paz como un deber 579
8.2.2. La construcción de paz 582
8.2.3. Cultura y hábitos de paz: la construcción de paz en la escala humana 592

8.3. Análisis y resultados cualitativos 597

8.4. Conclusiones y recomendaciones 607

8.5. Referencias bibliográficas 613

8.1. Introducción

Las personas mayores pueden desempeñar un rol activo en la construcción de paz en Colombia desde lo humano, lo familiar y lo comunitario. A través del fortalecimiento de la cultura y la educación pueden poner en práctica hábitos de paz y enseñarlos mediante el diálogo y los intercambios intergeneracionales a las personas más jóvenes.

La construcción de paz es un proceso multigeneracional que no puede fragmentarse en generaciones distintas o centrarse en las personas jóvenes con el argumento que ellos son el futuro y que personifican las posibilidades del cambio social. La construcción de paz debe reconocer en las personas mayores, y en la población que envejece, las posibilidades y las oportunidades a favor del desarrollo social y de la construcción de una paz estable y duradera que es apropiada y materializada por las personas comunes y corrientes, por las familias y las comunidades que se reconcilian y viven de manera pacífica.

La ruralidad y el anonimato en el plano nacional de la inmensa mayoría de las víctimas civiles han hecho que la violencia y el conflicto se hayan vuelto rutinarios, han sacado a flote una actitud pasiva e indiferente de la sociedad colombiana, alimentada por una cómoda percepción de estabilidad política y económica, lo que hace más difícil su solución (Grupo de Memoria Histórica [GMH], 2013). La finalización del conflicto armado es una de las principales necesidades para avanzar en el desarrollo económico y en la consolidación de las instituciones democráticas en el país. En dicho proceso no solo los políticos, las élites económicas y los jóvenes juegan un papel importante: las personas mayores de las actuales y de las futuras generaciones tienen una función clave en la construcción de paz desde la dimensión humana, familiar y en la comunidad, y es justo allí en donde la paz debe arraigarse como hábito y como estilo de vida.

La paz no es una mera aspiración o una expresión utópica. Por el contrario, es una regla de conducta que debe inspirar a todos los colombianos y desde luego a toda acción del Estado (Colombia. Corte Constitucional, Sentencia C-328/00). La paz es también un deber ciudadano (SentenciasT-008/92, C-328/00 y C-578/02) que no se limita exclusivamente a los organismos y funcionarios del Estado. No es un asunto unilateral o una prebenda que las personas deban recibir

(Sentencia T-139/93), sino que su promoción, así como la prevención de los conflictos que la ponen en riesgo, atañe a todos los colombianos como individuos (Sentencias C-283/95 y C-370/06) en las relaciones familiares y sociales (Sentencia T-503/99). Del derecho a la paz y del mandato de convivencia pacífica se deriva el derecho y el deber de todos los colombianos de intentar, por distintos medios —todos ellos no violentos—, que la guerra no sea una realidad o transformar situaciones violentas (Sentencia C-328/00). Ese es el principal fundamento jurídico de la construcción de paz en Colombia.

La construcción de paz es un proceso dinámico; no es un punto de llegada o un momento estático. Comienza durante el conflicto armado, mucho antes de la firma de acuerdos de paz o de la victoria militar que le ponga fin. Como proceso no es secuencial, no sigue un patrón de fases o momentos prediseñados; se enfrenta a altibajos y retos sociales que lo ponen constantemente en riesgo. Por su misma complejidad, se compone de acciones diversas en múltiples sectores de la sociedad y en distintos niveles –internacional, nacional y principalmente local–. Tiene como protagonista a la sociedad en su conjunto, no solamente al Estado o a los actores armados; también a las personas, las familias, las comunidades y a las organizaciones de la sociedad civil.

En el marco de dicho proceso, la paz puede ser efectivamente enseñada a todas las personas, y además puede ser puesta en práctica. La educación para la paz permite transformar la teoría en habilidades y acciones concretas que ayuden a materializarla, a hacerla operativa en las vidas de las personas; que le den a la paz un sentido real en la cotidianidad de las personas comunes y corrientes, que sea un patrón de comportamiento atractivo que ayude a desmantelar las estructuras violentas presentes en las personas, las familias y las comunidades (Galtung, 1983 y 1996, Suter, 1996 y Coleman, Liebovitch, Vallacher,Nowak, Bartoli, y Bui-Wrzosinska, 2012).

La educación para la paz no se restringe a las personas jóvenes ni al sistema educativo formal. Como parte de la educación debe entenderse en un sentido amplio, debe extenderse al comportamiento individual, a la familia, a la comunidad, al entorno laboral y en general a todos los espacios informales de la vida comunitaria; no es algo que se agote en un momento, sino que se extiende a lo largo de la vida cotidiana (Galtung, 1983 y Bar-Tal y Rosen, 2009).

Las personas mayores pueden desempeñar un rol importante en la construcción de paz mediante el fortalecimiento de la cultura de paz desde sus acciones individuales y enseñando y transmitiendo hábitos de paz a las personas adultas y jóvenes a través de diálogos e intercambios intergeneracionales.
La literatura sobre construcción de paz es profusa en consideraciones generales, pero desarrolla poco esas actitudes, motivaciones y hábitos necesarios para construir la paz desde lo humano y cotidiano. La revisión de la literatura identificó por lo menos siete hábitos de paz que pueden ser inculcados o infundidos por las personas mayores a las más jóvenes: el diálogo, el pensamiento crítico y reflexivo, la capacidad de creer e imaginar la paz, la tolerancia, la capacidad de negociación, el respeto y la educación en derechos humanos.

Este estudio buscó dar cuenta de los aportes que las personas mayores pueden hacer en los procesos de construcción de paz, de la memoria histórica, la reconciliación, a la cultura y la educación para la paz. Para el desarrollo de este capítulo se usó una metodología cualitativa compuesta de cuatro estrategias de recolección de información: revisión documental, grupos focales, estudios de caso y entrevistas a profundidad. Los lugares en los que se llevó adelante el trabajo de campo fueron los departamentos de Cundinamarca, Córdoba y Nariño.
Se desarrollaron 49 grupos focales, de los cuales 37 incluyeron a la población general, doce a la población afectada por el conflicto, nueve a las víctimas y tres a la población desmovilizada. Dichos lugares y personas representan una diversidad de las condiciones económicas y del nivel de desarrollo[1].

La mayoría de las personas participantes en la investigación creían tener algún aporte concreto a la construcción de paz; solo una minoría indicó expresamente que no tenía nada que aportar, unos porque no creían que como personas mayores pudieran hacerlo, y otros porque no lo consideraban importante. Gran parte de quienes expresaron tener un aporte para la construcción de paz dijeron que su principal contribución podría orientarse hacia el desarrollo personal y la enseñanza de hábitos de paz a las personas más jóvenes mediante el diálogo y el intercambio intergeneracional. Una proporción menor señaló que su posible aporte a la construcción de paz estaba relacionado con la experiencia y el

1 Para mayor información sobre la metodología, ver el Anexo metodológico.

conocimiento que podía poner a disposición de los más jóvenes y de la sociedad en general.

El presente capítulo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, se ofrece un marco teórico sobre el conflicto armado colombiano; aborda la paz como un principio, fin y valor constitucional, así como un derecho y un deber; sistematiza el concepto de construcción de paz y presenta las prioridades que desde otras experiencias internacionales deben tenerse en cuenta; finalmente aborda los conceptos de cultura, educación y hábitos para la paz desde una perspectiva de diálogo e intercambio intergeneracional. En segundo lugar, presenta los análisis y resultados del trabajo de campo en torno a la pregunta de investigación: ¿Qué pueden aportar las personas mayores a la construcción de paz en Colombia? Finalmente, a partir del análisis cruzado del marco teórico y de los resultados del trabajo de campo, se dan algunas conclusiones y recomendaciones prácticas para potenciar y promover la participación de las personas mayores en los procesos de construcción de paz.

8.2. Marco teórico

8.2.1. La paz como un derecho, la paz como un deber

El conflicto armado en el país[2] les ha impedido a los colombianos vivir en paz por más de 40 años. Su presencia prolongada y sus características han hecho de la violencia un elemento de la cotidianidad, cuyo impacto muchas veces es poco reconocido e invisibilizado por una sensación de estabilidad económica y desarrollo social. La ausencia de paz en Colombia es especialmente compleja y difícil de resolver, pues es el resultado de la imbricación de diferentes tipos de violencia con frecuencia relacionados: una violencia armada que confronta al Estado, otra derivada de las actividades del narcotráfico, la minería ilegal y otras actividades económicas legales e ilegales, y finalmente la criminalidad común (GMH, 2013; Pizarro, 2004; Kurtenbach, 2005). La violencia, en sus distintas manifestaciones, ha

2 El análisis sobre el conflicto armado colombiano que presenta este capítulo debe ser leído en complementariedad con *el capítulo que se refiere a las víctimas mayores del conflicto armado*.

hecho que para los colombianos, y para aquellos que han envejecido en medio de la guerra, imaginar la paz sea cada vez más difícil.

La paz es una institución social compleja y dinámica, está sujeta a un constante desarrollo; no puede ser entendida como una condición estática (Przetacznik, 1999) que se logra de forma instantánea con la victoria militar o que deriva automáticamente de la firma de un acuerdo. Entendida desde una noción jurídica, la paz no significa solamente la ausencia de la guerra o del conflicto armado (Sentencia C-328/00); no es tan solo la superación de la contienda armada, o un cese de hostilidades entre las partes enfrentadas logrado mediante la acción militar o policiva (Sentencia T-102/93). Como proceso dinámico, la paz se refiere a la posibilidad y capacidad de una sociedad de tramitar y resolver situaciones conflictivas, tanto presentes como futuras, sin recurrir al uso de la violencia (Galtung, 1996; Przetacznik, 1999; Spring, Brauch y Tidball, 2013). De esta manera, en un Estado social de derecho no le corresponde a las autoridades públicas ni a la sociedad en general negar la presencia de los conflictos, ya que estos son inherentes a la vida en sociedad; el rol del Estado y de la sociedad es proporcionar las herramientas institucionales y sociales adecuadas para que sean fuente de riqueza y contribuyan a un desenvolvimiento pacífico y democrático (Sentencia C-225/95). Las personas mayores pueden hacer un aporte concreto y valioso para ayudar a la construcción de una paz sostenible desde sus familias y la comunidad.

La paz es la existencia de una tranquilidad individual, familiar y social (Przetacznik, 1999) que se construye a partir del respeto de las libertades individuales, de los derechos humanos y del control al uso desbordado de la fuerza (Sentencia T-249/03; Przetacznik, 1999). No puede haber paz mientras en una sociedad haya quienes vulneren impunemente los derechos humanos de otras personas (Sentencia T-102/93). Como noción compleja, la paz exige la ausencia de la guerra, de la violencia y de la conmoción pública, una correlativa seguridad ciudadana, orden público y tranquilidad social (Przetacznik, 1999); pero también exige que se garanticen los derechos humanos, no solo desde una perspectiva negativa de abstención del Estado, sino desde una perspectiva positiva que tiene que ver con la optimización del goce de los derechos humanos mediante el acceso amplio a los servicios públicos y a las oportunidades sociales (Sentencias C-370/06 y C-579 de 2013).

La Constitución Política de 1991 y la jurisprudencia constitucional le han reconocido a la paz un carácter y una naturaleza multifacética. La paz implica que cada miembro de la sociedad excluya la violencia como medio de solución de los conflictos, que cada persona esté protegida contra todo acto de arbitrariedad, violencia o terrorismo; exige de todos los miembros de la comunidad impedir o denunciar la violación de los derechos humanos (Sentencia T-102/93). La paz no es una mera aspiración o una expresión utópica, es una regla de conducta que debe inspirar a todos los colombianos y desde luego a toda acción del Estado (Sentencia C-328/00).

La naturaleza multifacética de la paz, en términos jurídicos, implica que sea considerada como un valor y un principio que debe irradiar la acción del Estado y de los ciudadanos. La paz es una finalidad del orden constitucional y de la existencia del Estado, es decir, justifica la existencia del Estado en sus diferentes manifestaciones y constituye un norte hacia el cual debe dirigirse.

La paz es reconocida por la jurisprudencia constitucional como presupuesto de un proceso democrático libre y abierto (Sentencia T-102/93), sin la cual la democracia participativa es un proceso incompleto y muchas veces altamente peligroso. La paz es una condición necesaria para el goce efectivo de los derechos fundamentales protegidos por la Constitución y por los tratados internacionales (Sentencia T-102/93); sin ella muchos de los derechos como la vida, la prohibición de la tortura, la libertad individual, de expresión, de reunión y asociación, el acceso a la justicia y la participación, se ven seriamente afectados y muchas veces vulnerados (Sentencias T-439/92, C-048/01, C-578/02, C-370/06, C-579/13).

La paz es un derecho internacional y constitucionalmente protegido (Naciones Unidas, Asamblea General, 1984; Sentencias T-008/92, C-328/00, C-048/01, C-578/02). La jurisprudencia constitucional le ha reconocido tanto el carácter de derecho subjetivo fundamental de los individuos a vivir en una sociedad en paz (Sentencia C-370/06), el de derecho social (Sentencias T-226/95 y T-028/94) y el de derecho colectivo que requiere del concurso de factores sociales, políticos, económicos e ideológicos para ser logrado (Sentencias C-370/06 y T-249/03). Finalmente, la paz constituye un deber ciudadano (Sentencia C-328/00, C-578 de 2002, T-008/92) que no se limita exclusivamente a los organismos y funcionarios del Estado. No es un asunto unilateral o una prebenda que las personas deban

recibir (Sentencia T-139/93), sino que su promoción, así como la prevención de los conflictos que la ponen en riesgo, atañe a todos los colombianos como individuos (Sentencias C-370/06 y C-283/1995) y por supuesto a las personas mayores de las actuales y futuras generaciones, a sus familias y comunidades (Sentencia T-503/99).

El mandato constitucional de promover y garantizar la convivencia pacífica implica entender la paz no como la ausencia de conflictos, sino como la posibilidad de tramitarlos de forma pacífica (Sentencia C-225/95). Dicho mandato exige del Estado prevenir su surgimiento y morigerar los efectos de su desarrollo, para lo cual debe establecer mecanismos que permitan que los diversos conflictos sociales tengan espacios sociales e institucionales para que sean resueltos de forma pacífica y democrática (Sentencias C-225/95, C-328/00 y C-579/13). La solución violenta de los conflictos sociales y personales puede conducir a la anulación del ser humano, de su dignidad y a la vulneración masiva de derechos humanos.
Del derecho a la paz y del mandato de convivencia pacífica se deriva el derecho y el deber de todos los colombianos a intentar, por distintos medios, todos ellos no violentos, que la guerra no sea una realidad (Sentencia C-328/00).

8.2.2. La construcción de paz

La construcción de paz es un proceso complejo de transformación de valores, principios, intereses y relaciones de poder en las sociedades frágiles en conflicto (Rocha Menocal, 2011). Si bien existen múltiples aproximaciones a la definición de construcción de paz, el grueso de ellas encuentra un punto de partida en la *Agenda para la paz*, del Secretario General de las Naciones Unidas Boutros Boutros-Ghali, quien la definió como la acción de identificar y apoyar estructuras que tiendan a fortalecer y solidificar la paz en orden a evitar la recaída en el conflicto (Boutros-Ghali, 1992; Rettberg, 2003; Simonovic, 2003).
La construcción de paz pone un especial énfasis en el riesgo que enfrentan los Estados y las sociedades en transición de recaer en el conflicto (Rettberg, 2013), a que este resurja, se transforme o evolucione en nuevas modalidades de violencia. Dicho proceso puede y debe suceder en múltiples dimensiones y escalas; por supuesto la dimensión humana y familiar es vital para arraigar la paz en lo local y hacerla sostenible.

A pesar de la existencia de un consenso mínimo sobre la definición de construcción de paz, y particularmente en torno a evitar la recaída y el resurgimiento del conflicto, no existe una única forma o receta para lograrlo: las experiencias se caracterizan por incluir múltiples actividades que responden a las particularidades de los diferentes contextos a los que los procesos se enfrentan (Rettberg, 2003). Desde una visión minimalista, la construcción de paz se reduce a la superación de las secuelas causadas directamente por el conflicto armado; fundamentalmente se enfoca en la reparación a las víctimas, la desmovilización y reintegración de los actores armados, a la reconstrucción de la infraestructura y a eliminar los incentivos económicos que fomentan y perpetúan la guerra (Rettberg, 2003). Desde una visión maximalista, la construcción de paz se orienta a parar la guerra y a generar condiciones de desarrollo que ayuden efectivamente a superar las causas sociales, económicas y políticas que la causaron (Rettberg, 2003). Según esta visión, la construcción se ocupa de superar la pobreza, la exclusión y la inequidad subyacentes en una sociedad en conflicto y promover una solidez institucional, así como de prever causas futuras y prevenir sus efectos para evitar posteriores conflictos (Rettberg, 2003). En la práctica, el grueso de los procesos de construcción de paz surgidos a partir del fin de la guerra fría han desarrollado visiones intermedias en las que el cese de las acciones violentas se ha complementado en mayor o menor medida con procesos de desarrollo social.

En suma, la construcción de paz es un proceso dinámico; no es un punto de llegada o un momento estático. La construcción de paz comienza durante el conflicto armado, mucho antes de la firma de los acuerdos de paz o de la victoria militar que le pone fin. Como proceso no es secuencial, no sigue un patrón de fases o momentos prediseñados; se enfrenta a altibajos y retos sociales que lo ponen constantemente en riesgo. Por su misma complejidad se compone de acciones diversas en múltiples sectores de la sociedad y en distintos niveles –internacional, nacional y principalmente local–. Tiene como protagonista a la sociedad en su conjunto; no solamente al Estado o a los actores armados enfrentados, sino también a las personas, las familias, las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil. Y finalmente, si bien no hay una fórmula universal, sí hay temas mínimos que exigen una evaluación y reconfiguración permanente (Paris, 1997; Han, 1994; Linarelli, 1996; Simonovic, 2003; Rettberg,

2003; Lund, 2003; Garzón, 2003; Nasi y Rettberg, 2005; Rocha Menocal, 2011; Rettberg, 2013).

Si bien la construcción de paz es un proceso que requiere el más amplio consenso y compromiso social, no por ello es políticamente neutro. Necesariamente incluye una negociación y una elección política sobre las diferentes causas del conflicto, los factores que lo hacen posible y, desde luego, sobre la mejor manera de solucionarlo (Rettberg, 2003). Como proceso político, las acciones que materializan la construcción de paz no están predefinidas. Su determinación y desarrollo dependen de múltiples factores relacionados con la forma en que termina el conflicto armado, sus características e impactos, así como las condiciones de la sociedad que lo desarrollará. La literatura sobre el tema es útil para identificar, a partir de las experiencias globales de construcción de paz, algunos elementos y retos que para el caso colombiano requieren una especial atención. Muchos de ellos no son ajenos al Estado colombiano, vienen siendo desarrollados desde hace años y son una muestra de que el país ya viene adelantando un proceso de construcción de paz en diferentes ámbitos. En todo caso requerirán ser revisados y modificados a la luz de los acuerdos de paz que sean firmados en el futuro. A continuación se presentan algunos elementos y retos identificados en la literatura especializada a los que la construcción de paz en Colombia deberá dar respuesta para hacerla sostenible y duradera.

Necesidades urgentes derivadas del cese de hostilidades

En primer lugar, la construcción de paz debe incluir acciones concretas que den respuesta a las necesidades específicas derivadas del cese de hostilidades. La construcción de paz debe incluir procesos de desmovilización, desarme y reintegración de los grupos armados al margen de la ley (Rettberg, 2013; Han, 1994), y ofrecer especialmente opciones viables de reintegración a la vida civil de los excombatientes mayores de 60 años, y a aquellos que estén próximos a la vejez. Debe incluir igualmente acciones de desminado humanitario en los que se identifiquen, demarquen y retiren minas antipersonales y otros remanentes de guerra, así como la reconstrucción de infraestructuras destruidas en el marco del conflicto armado (Paris, 1997; Han, 1994).

Control de la violencia y la criminalidad

En segundo lugar, según lo han mostrado las experiencias internacionales de construcción de paz, la firma de un acuerdo de paz no garantiza el cese automático de la violencia. En muchos casos, luego de la firma de los procesos de paz, los casos de violencia aumentan por la imposibilidad de diferenciar claramente cuáles se relacionan directamente con el conflicto y cuáles no (Garzón, 2003). Uno de los principales retos de la construcción de paz es el control de la criminalidad y de sus diferentes causas, no solo de aquella que deriva directamente del conflicto armado, sino de aquella que se asocia indirectamente a la criminalidad común, principalmente en el contexto colombiano, caracterizado por una imbricación de distintos tipos de violencias (Nasi y Rettberg, 2005; Rettberg, 2013). Una paz estable y duradera necesita reducir las muertes y los hechos violentos asociados al conflicto armado, pero tales deben estar apalancados por cambios sociales, económicos y políticos que apunten a solucionar las causas que dieron origen al conflicto. Controlar la criminalidad es vital tanto en los momentos posteriores al cese de hostilidades como a lo largo del proceso, en tanto la seguridad y su percepción por parte de la población es un importante factor de éxito del proceso (Paris, 1997).

Fortalecimiento del Estado de derecho y de las instituciones del Estado

Los procesos de construcción de paz, en tercer lugar, deben incorporar estrategias que permitan fortalecer el Estado de derecho (Rocha Menocal, 2011), el imperio de la ley, la democracia transparente y participativa y la gobernabilidad para evitar la recaída en el conflicto armado (Rocha Menocal, 2011; Paris, 1997; Han, 1994; Linarelli, 1996). La construcción de paz está basada en la correlación existente entre la democracia liberal y el menor riesgo de conflicto armado en dichas sociedades (Han, 1994). En ese sentido, los procesos de construcción de paz en el periodo posterior a la guerra fría se han enfocado en los Estados en los

que la democracia y otros valores liberales como la economía de mercado estaban ausentes o eran altamente precarios, y en ese sentido la construcción de paz ha incluido la creación de las condiciones institucionales para la democratización de la sociedad en postconflicto (Han, 1994; Paris, 1997; Paris, 2004).

Las estrategias de este tipo deben ser implementadas teniendo especial cuidado del contexto colombiano. Las experiencias globales de construcción de paz se han enfocado en democracias mucho más precarias que la colombiana y se han enfrentado a niveles de destrucción social mayores. En ese sentido, las acciones de fortalecimiento del Estado de derecho y la democracia colombiana no parten de cero, no necesitan ser reconstruidas por completo, no se requiere familiarizar a la sociedad con valores liberales y democráticos que le son extraños. Por el contrario, deben ir orientadas a la profundización y cualificación de las prácticas democráticas en lo local.

Este reto ha sido entendido por la cooperación internacional presente en Colombia, que desde hace décadas ha enfocado su inversión hacia este objetivo con mayor o menor éxito. No obstante, ello no quiere decir que el paradigma liberal deba ser aceptado sin crítica alguna. La construcción de paz exige esfuerzos integrales para avanzar en el sentido de la confianza entre las personas y en el de su bienestar, el de las comunidades y el Estado (Boutros-Ghali, 1992; Han, 1994; Paris, 2004), y no hay que perder de vista que en muchos ejercicios de construcción de paz el liberalismo impuesto de forma arbitraria y radical ha exacerbado y renovado la inestabilidad social que dio origen en primera medida al conflicto (Paris, 1997).

El fortalecimiento no puede reducirse a la democracia en general o a la economía de mercado en abstracto, debe ampliarse a las instituciones del Estado, particularmente a aquellas con una fuerte presencia local (Rocha Menocal, 2011). Puesto que la existencia de conflictos armados internos está relacionada directamente con la fragilidad y la debilidad del Estado (Rettberg, 2013), los esfuerzos internacionales han coincidido en una meta: fortalecer y promover instituciones que sean más inclusivas, representativas y responsables de abarcar actores tradicionalmente excluidos (Rocha Menocal, 2011). Este tipo de estrategias varían en función de la fragilidad y de sus necesidades particulares y de las condiciones en que haya cesado el conflicto. El fortalecimiento de las instituciones

estatales debe orientarse a crear relaciones de confianza entre los ciudadanos y el Estado. Para lograrlo, se requieren en algunos casos reformas constitucionales, legales, judiciales y penales profundas (Han, 1994; Simonovic, 2003; Rettberg, 2013); en otros casos se requiere fortalecer las capacidades de las administraciones locales, del sistema de administración de justicia o la eficacia de las autoridades de policía (Simonovic, 2003).

No hay que perder de vista que si bien las acciones orientadas al fortalecimiento de las instituciones del Estado son fundamentales para superar su fragilidad y debilidad y evitar la recaída o la transformación del conflicto, por sí solas no garantizan la construcción de una paz estable y duradera (Rocha Menocal, 2011). El fortalecimiento del Estado debe llevar a una transformación positiva de su acción, a hacerlo más inclusivo y representativo; debe garantizar su transparencia y responsabilidad. Evitar que los recursos que se inviertan en estos procesos sean usados para actuar de forma arbitraria o inclusive ilegal. Adicionalmente, tales reformas al Estado y al fortalecimiento de sus instituciones deben superar el ámbito nacional e impactar de manera efectiva en el ámbito local, donde muchas de las instituciones son aún débiles o inexistentes, y en muchos de los casos tienen la posibilidad de impactar positivamente la vida de las personas y la construcción de paz.

Promover el desarrollo económico y social

Contrario a lo que puede llegar a pensarse, los acuerdos de paz no generan una mejoría automática de las condiciones sociales y económicas de las personas. Por ello, en cuarto lugar, la construcción de paz –después del cese de hostilidades– debe incluir acciones específicas de redistribución del ingreso y de las oportunidades, así como de reducción de la pobreza (Han, 1994; Linarelli, 1996; Garzón, 2003; Simonovic, 2003; Rocha Menocal, 2011). Construir una paz estable y duradera exige dar respuesta a las causas sociales y económicas que generan o catalizan el conflicto armado (Han, 1994; Smoljan, 2003). Existe un vínculo directo entre la desigual distribución de la riqueza, el bajo desarrollo económico y el riesgo de surgimiento, aumento y recrudecimiento del conflicto armado (Paris, 1997). Las democracias más desarrolladas han combatido estos riesgos con programas

de asistencia social que redistribuyen el ingreso y las oportunidades sociales, y que constituyen una inversión y una garantía de paz social.

El desarrollo económico y social no puede ser confundido o asimilado completamente con las estrategias de construcción de paz, aunque en algunos ámbitos sus acciones y objetivos se sobrepongan. La construcción de paz no puede ser un proceso ilimitado o asimilado a todo lo bueno o deseable para una sociedad. Las necesidades del desarrollo de una sociedad en transición deben ser cualitativamente diferentes de las de una sociedad estable; aquellas deben enfocarse en las causas y catalizadores del conflicto y atacarlos para prevenir su resurgimiento o recurrencia (Simonovic, 2003). Colombia enfrenta el reto de construir una paz estable y duradera al tiempo que enfrenta los retos del envejecimiento de su población, de la redistribución de los beneficios del desarrollo y de la reducción de las brechas sociales y la pobreza.

Fortalecimiento de la sociedad civil

En quinto lugar, la construcción de paz no es un proceso que se reduce a las partes enfrentadas; es un proceso social amplio en el que fomentar y fortalecer la participación de la sociedad civil y su apropiación es central para garantizar su éxito y sostenibilidad (Han, 1994; Rocha Menocal, 2011). Adicionalmente, el ámbito local es fundamental por el sentido de pertenencia y los liderazgos que allí logran desarrollarse (Rettberg, 2013). Las personas pueden desempeñar un rol activo en la construcción de paz en Colombia desde la escala humana, familiar y comunitaria a través del fortalecimiento de la cultura y la educación para la paz y poniendo en práctica hábitos de paz y enseñándolos a través del diálogo y de los intercambios intergeneracionales con personas más jóvenes. El sentido de pertenencia local debe lograrse mediante una cuidadosa lectura de las condiciones, así como de los socios locales estratégicos que deberán apropiarse y mantener la agenda de construcción de paz (Rettberg, 2013). Este elemento de la construcción de paz debe hacerse extensivo tanto a las institucionales públicas locales como a los líderes y a las organizaciones. Es un llamado a evitar que el proceso sea cooptado por las élites y que permee las estructuras sociales desde abajo.

Respeto de los derechos humanos y reparación a las víctimas

En sexto lugar, la paz requiere la construcción de un orden democrático completo y óptimo en el cual las personas puedan gozar de todos sus derechos humanos. Para lograrlo, el Estado debe promover, proteger y garantizar los derechos humanos en su territorio y bajo su jurisdicción (Han, 1994; Linarelli, 1996; Bar-Tal y Rosen, 2009; Rocha Menocal, 2011). Este elemento se extiende a toda la población para con quienes el Estado tiene el deber general de protección; sin embargo se profundiza y cualifica cuando se trata de la población civil que ha sido afectada directamente por el conflicto armado y a quienes el Estado falló en su protección. En este sentido, los procesos de construcción de paz deben incluir medidas de atención y asistencia en las emergencias humanitarias y la reparación integral a las víctimas (Han, 1994; Paris, 1997; Simonovic, 2003; Rettberg, 2013), de acuerdo con los estándares internacionales (United Nations Economic and Social Council, 2006). La atención, asistencia y reparación integral a las víctimas debe garantizar sus derechos internacionalmente reconocidos a la verdad, a la justicia y a la reparación integral.

El derecho a recibir y la obligación del Estado a proveer asistencia humanitaria en el marco del conflicto armado deriva tanto del derecho internacional de los derechos humanos, como del derecho internacional humanitario. En su calidad de víctimas civiles del conflicto armado, gozan de una amplia protección de sus derechos humanos, particularmente de su derecho a la vida, a la seguridad y a un nivel de vida adecuado (Barber, 2009). En Colombia, las víctimas del conflicto armado tienen derecho a la asistencia en situaciones de emergencia humanitaria. En efecto, este tipo de ayudas han sido entregadas por el Estado a lo largo de más de una década con el objetivo de proteger y atender las necesidades de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimientos, utensilios de cocina, atención médica y psicológica de emergencia, transporte de emergencia y alojamiento transitorio, entre otras (Ley 1448 de 2011; Sentencia C-438/13). No obstante, desde una perspectiva de construcción de paz, la acción del Estado no puede limitarse a la asistencia humanitaria en situaciones de emergencia, sino que además debe reparar de forma transformadora el daño que el conflicto

armado le ha causado a las víctimas civiles. Esos procesos de reparación integral deben contemplar los estándares internacionales que exigen garantizar los derechos a la verdad, a la justicia y a la reparación (United Nations General Assembly, 2005, United Nations Economic and Social Council, 2006). Desde el 2011, Colombia comenzó un proceso que reconoce y busca garantizar los derechos a la verdad, a la justicia y a la reparación integral a través de la Ley 1448 de 2011 y de la institucionalidad que ella crea.

El derecho a la verdad en el marco de la construcción de paz implica reconocer y garantizar las prerrogativas de las víctimas a conocer las causas, motivos y condiciones en las que se cometieron las violaciones a los derechos humanos; a buscar que la verdad real coincida con la verdad procesal; a conocer los procesos de macro-criminalidad y el paradero de las víctimas, y a que estas sean buscadas hasta tanto sean halladas; a que se les informe de los avances y resultados de las investigaciones administrativas y judiciales; a conocer la identidad de los victimarios. Así mismo, el derecho a la verdad incluye el deber de la sociedad de recordar (United Nations Economic and Social Council, 2006; Ley 1448 de 2011; Sentencias C-228/02, C-370/06 y C-579/13).

El derecho a la justicia exige del Estado adelantar investigaciones efectivas que conduzcan a esclarecer las violaciones a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario, identificar a los responsables y sancionarlos de acuerdo con las normas vigentes y aplicables (Ley 1448 de 2011, art. 24). Exige adicionalmente del Estado la difusión pública de los derechos de las víctimas y las herramientas para hacerlos efectivos, la provisión de asistencia a las víctimas para el acceso a la justicia, entre otros (United Nations General Assembly, 2005, United Nations Economic and Social Council, 2006). En muchos casos de construcción de paz, las sociedades requieren desarrollar procesos de justicia transicional (Rettberg, 2013), los cuales abarcan una gran variedad de mecanismos –judiciales y extrajudiciales– para investigar y sancionar violaciones graves a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario, servir a la justicia, fomentar el cese de las acciones violentas y lograr la reconciliación y la paz (Naciones Unidas, 2011; Ley 1448 de 2011, art. 8; Sentencia C-370/06).

El derecho a la reparación integral les permite a las víctimas de graves violaciones a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario exigir

que el daño sufrido como consecuencia del conflicto armado sea reparado, en forma proporcional a la afectación, de manera diferenciada y acorde con las condiciones diversas de las víctimas, efectiva y transformadora (United Nations General Assembly, 2005, United Nations Economic and Social Council, 2006; Ley 1448 de 2011). La reparación integral, para el caso colombiano, abarca las posibles dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica del daño ocasionado en el marco del conflicto (Ley 1448 de 2011). De acuerdo con los estándares internacionales y la normativa vigente en Colombia, la reparación integral a las víctimas del conflicto armado se materializa en cinco medidas generales: la restitución, la indemnización, la rehabilitación, la satisfacción y las garantías de no repetición (United Nations General Assembly, 2005, United Nations Economic and Social Council, 2006; Ley 1448 de 2011, Sentencias C-579/13, C-916/02, C-570/03, C-899/03 y C-805/02). En los procesos de construcción de paz, los Estados gozan de discrecionalidad en la aplicación de las medidas, para definir los criterios y requisitos de aplicación y sus límites, entre otros.

Finalmente, en la perspectiva de construcción de una paz estable y duradera, las garantías de no repetición incluyen las acciones dirigidas a evitar que nuevas violaciones a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario vuelvan a producirse. Esto mediante acciones tan variadas como acuerdos de paz, desmovilización y desmantelamiento de grupos armados al margen de la ley, desminado humanitario, reintegración de niños, niñas y adolescentes, políticas de prevención integral, programas educativos para eliminar los patrones de violencia, educación en derechos humanos, fortalecimiento y empoderamiento de las víctimas y sus organizaciones sociales (United Nations General Assembly, 2005, United Nations Economic and Social Council, 2006; Ley 1448 de 2011; Sentencia C-579/13) y la generación de procesos de reconciliación con las poblaciones víctimas.

En suma, la construcción de paz es a la vez un proceso dinámico y multigeneracional que debe enfocarse en las acciones cotidianas de las personas, en sus familias y comunidades, de forma que las estructuras sociales que fortalecen y solidifican la paz estén arraigadas en las personas, en sus acciones y hábitos y así puedan evitar la recaída en el conflicto.

8.2.3. Cultura y hábitos de paz: la construcción de paz en la escala humana

Una paz sostenible y duradera no puede estar basada exclusivamente en los acuerdos políticos y económicos de las élites en conflicto, alejados de la realidad de las personas comunes y corrientes. Para que sean exitosos, los procesos de construcción de paz deben garantizar la apropiación y participación local. Y ello no se logra mediante un proceso vertical que desciende de las élites políticas y de los centros de poder hacia el territorio, sino que requiere también de un proceso que se gesta en las personas, en las familias, en las comunidades y que se extiende a la sociedad en general.

Como lo plantea el preámbulo de la Constitución de la Unesco: puesto que las guerras nacen en la mente de los hombres, es en la mente de los hombres donde deben erigirse los baluartes de la paz. Lastimosamente, la dimensión humana y local no son una prioridad en los procesos de construcción de paz: reconocemos fácilmente que la paz concierne a todos en abstracto, pero no la hacemos un asunto propio en lo concreto; nos gusta desear la paz, pero nos cuesta hacerla una prioridad de nuestro trabajo (Suter, 1996). El reto es entonces trascender las ideas generales sobre la paz, y transformarlas en acciones, hábitos y patrones de conducta que todas las personas puedan poner en práctica e infundir en la familia y la comunidad.

Para construir una paz sostenible y duradera se requiere transformar la ética dominante, que justifica e internaliza la violencia, la guerra y el conflicto; una ética que se difunde masivamente en la comunidad y se perpetúa de las generaciones más viejas a las más jóvenes. En muchos casos, dicha ética dominante ofrece narrativas de la realidad tendenciosas, poco objetivas y distorsionadas.
Los ejercicios de construcción de paz y de educación para la paz deben enfocarse en esas narrativas de violencia, desconfianza, sospecha, intolerancia y desesperanza presentes en las personas, las familias y las comunidades, para transformarlas en tolerancia, entendimiento mutuo, respeto, solidaridad y capacidad de solucionar los conflictos sin recurrir a la violencia (Symonides y Singh, 1996; Bar-Tal y Rosen, 2009; Nastase, 1983), es decir, que las personas vivan y practiquen cotidianamente una cultura de paz.

La cultura de paz incluye las acciones prácticas cotidianas y el conocimiento de las personas –de todas las personas, no únicamente de las élites o de los jóvenes– que desarrollan patrones y habilidades pacíficas y de no violencia. Se refiere a que la sociedad y los actos de las personas estén permeados de estándares éticos y morales de comportamiento humano, entendimiento mutuo y empatía, todos ellos orientados a la cooperación pacífica y al mejoramiento de la condición humana. La cultura de paz exige el rechazo y el repudio de la violencia; pero no puede quedarse en ese repudio, debe trascender a una visión positiva de paz a partir de la cual las personas saben qué hacer, cómo comportarse y cómo reaccionar (Symonides y Singh, 1996; Thee, 1996).

La cultura de paz no deriva automáticamente de la firma de los acuerdos, del cese de hostilidades ni de otros componentes de la construcción de paz como el control de la violencia y la criminalidad, el fortalecimiento del Estado, la promoción del desarrollo social o la reparación a las víctimas: la paz puede y debe ser aprendida y enseñada. Las personas y la sociedad pueden entender que la paz es posible y deseable, y que de los ciudadanos depende que se logre y se mantenga, o mejor, que sin ellos un proceso de construcción de paz es débil y difícilmente sostenible y duradero (Reardon, 2012). Solo a partir de la educación es posible introducir valores, habilidades y conocimientos que forman la base del respeto por la paz, los derechos humanos y los principios democráticos. La educación es un medio importante para eliminar la sospecha, la ignorancia, los estereotipos y al mismo tiempo promover los ideales de paz, la tolerancia y la no violencia. La educación no solo sirve para fortalecer la creencia en que la paz es un valor fundamental y para crear una mentalidad no violenta, sino para moldear una actitud de involucramiento no violento y de responsabilidad para con la paz en los ámbitos local, nacional, regional y global (Symonides y Singh, 1996; Thee, 1996).

La educación para la paz permite transformar la teoría en habilidades y acciones concretas que ayuden a materializarla, a hacerla efectiva en las vidas de las personas, a lograr que tenga sentido en la cotidianidad de las personas comunes y corrientes, que sea un patrón de comportamiento que ayude a desmantelar las estructuras violentas presentes en las personas, las familias y las comunidades (Galtung, 1996; Power, 2012). La educación para la paz y la no violencia incluye el entrenamiento, las herramientas y la información dirigida a cultivar una cultura de paz basada en los principios de los derechos humanos.

La educación para la paz no solo provee conocimiento sobre una cultura de paz, sino que brinda las herramientas y descubre las actitudes necesarias para evitar los conflictos potenciales y para promover y establecer una cultura de paz y no violencia. La educación para la paz se fundamenta en el respeto de sí mismo y de los demás, y en las herramientas específicas de comunicación, cooperación y comportamiento útiles para promover la paz y prevenir el conflicto (Unesco, 2008; Bar-Tal y Rosen, 2009). La educación para la paz no se restringe a las personas jóvenes ni al sistema educativo formal. Debe entenderse en un sentido amplio y extenderse al comportamiento individual, a la familia, a la comunidad, al entorno laboral, y en general a todos los espacios informales de la vida comunitaria; no es algo que se agota en un momento, sino que se extiende a lo largo de la vida cotidiana (Galtung, 1983; Bar-Tal y Rosen, 2009).

La paz necesita entonces hábitos, acciones y valores que la materialicen en la vida cotidiana de las personas, en su comportamiento individual, familiar y comunitario. Las personas mayores pueden desempeñar un rol importante en la construcción de paz a través del fortalecimiento de la cultura de paz desde sus acciones individuales y enseñando y transmitiendo hábitos de paz a las personas adultas y jóvenes mediante el diálogo y el intercambio intergeneracional.

Como lo planteó Kofi Annan (1998), en una sociedad para todos, las personas mayores son mucho más que un paciente o un pensionado. En procesos complejos de construcción de paz, las personas mayores son tanto agentes como beneficiarios del desarrollo; no son solo el repositorio de tradiciones y experiencias, sino los transmisores activos en las comunidades de esas tradiciones y experiencias. La construcción de paz es un proceso multigeneracional que no puede fragmentarse en diferentes generaciones, en personas jóvenes, adultas y mayores. La construcción de paz debe reconocer la edad y el envejecimiento como una herramienta positiva de capitalizar en favor del desarrollo y de la paz, la experiencia y el conocimiento, la capacidad de colaboración y el capital social y humano de las personas de todas las edades, y particularmente de las personas mayores.

Los diálogos e intercambios intergeneracionales entre las personas mayores y las más jóvenes implican una alta valoración social de la interdependencia de los seres humanos y de la necesidad de cooperación y colaboración constante para sobrevivir y vivir mejor. Los procesos de construcción de paz desde la dimensión

humana deben imaginar y crear lugares, espacios y oportunidades que de manera explícita involucren a todas las personas en la vida cívica y comunitaria, y que allí todos, incluidas las personas mayores, tengan la oportunidad de aportar y participar. Los diálogos e intercambios intergeneracionales incrementan la participación y el involucramiento de las personas mayores entre ellas y con otras generaciones, aumentan el capital social y humano de forma transversal y expanden y cualifican las oportunidades de liderazgo y de educación para las personas mayores (Boulding, 1996; Holmes, 2009; Grefe, 2011; Brown y Henkin, 2014).

La cultura y la educación para la paz no son un conjunto de representaciones pacíficas o no violentas de la realidad que operan en el plano de lo abstracto y de lo general. La validez de la cultura de paz en los procesos de construcción de paz recae en cómo ella afecta y modula el comportamiento de las personas, tanto en situaciones de conflicto como en su prevención (Galtung, 1996; Groff y Smoker, 1996). Por ello, la educación para la paz se enfoca en aquellos hábitos en los que se fundamenta la cultura de paz y la sostenibilidad de la construcción de paz en general. Los hábitos de paz se refieren al rechazo de la violencia y la agresión en la sociedad por parte de las personas individualmente consideradas, las familias y las comunidades; así como a la intervención temprana cuando dichos actos ocurren. Los hábitos de paz también incluyen la capacidad de identificar y resolver los conflictos, y de matizar la necesidad individual de triunfar y destacarse por encima de los demás (Boulding, 1996).

La literatura sobre construcción de paz es profusa en consideraciones generales, pero desarrolla poco esas actitudes, motivaciones y hábitos necesarios para construir la paz desde la escala humana. La revisión de la literatura identificó por lo menos siete hábitos de paz que pueden ser desarrollados por las personas mayores o infundidos por ellas a las personas más jóvenes.

En primer lugar, el diálogo es un hábito de paz que permite crear espacios y oportunidades de intercambio y conexión entre las personas. Permite además dar significancia a las experiencias vitales propias y de los demás (Ramírez, 2007).

"Cuando nos enfrentamos al conflicto, aquellos que están involucrados deben tratar de entender sus dimensiones y profundidad. El diálogo es una forma de explorar el problema desde la perspectiva y testimonio de los demás" (Morton, 2007, p. 326).

En segundo lugar, el pensamiento crítico y reflexivo es un hábito de paz que permite poner en duda las concepciones, las opiniones y las contradicciones sobre la guerra y allanar el camino para la paz. El pensamiento crítico parte de la necesidad de ir más allá de la superficie para adentrarse en las complejidades y profundidades del conflicto (Morton, 2007; Bar-Tal y Rosen, 2009)y para construir desde allí una paz estable y duradera.

La educación para la paz debe, en tercer lugar, desarrollar y fortalecer la capacidad de imaginar y creer en la paz y en los procesos de construcción de esta para que ganen legitimidad (Bar-Tal y Rosen, 2009) y puedan ser estables y duraderos; para que la paz sea el resultado de un proceso de cambio social en las vidas de las personas, las familias y las comunidades (Reardon, 2012). En cuarto lugar, es necesario profundizar en la tolerancia, como el reconocimiento y la aceptación del derecho de todas las personas, grupos y comunidades a tener sus propias opiniones, ideas, comportamientos. La tolerancia se refiere a estar abiertos a escuchar las opiniones de los demás y contradecirlas de forma respetuosa. La intolerancia no se manifiesta solamente a través del irrespeto, sino también de la falta de interés por las ideas de los otros. Ser tolerante significa rechazar los estereotipos negativos y ser capaces de entablar un diálogo respetuoso con los demás sobre asuntos controversiales. Un elemento central para lograr la tolerancia entre las personas es reducir los sentimientos de riesgo y amenaza en los grupos (Bar-Tal y Rosen, 2009; Ramírez, 2007).

En quinto lugar, es importante fomentar en las personas, las familias y las comunidades, las habilidades y herramientas para negociar, mediar y solucionar los problemas de forma colaborativa y pacífica, sin recurrir a la violencia (Bar-Tal y Rosen, 2009). En sexto lugar, hay que fomentar el respeto por los demás y por sus opiniones, pues es un elemento central de la construcción de paz. El respeto requiere enfocarse no en las diferencias ni en los desacuerdos, sino en los puntos comunes que pueden constituir una base para la colaboración (Ramírez, 2007). Finalmente, la educación para la paz exige la promoción y difusión de los derechos humanos, no solo para darlos a conocer y fortalecer la idea de sujetos de derechos entre las personas, sino para fortalecer la idea de los otros, de los demás, como sujetos de derechos (Bar-Tal y Rosen, 2009; Reardon, 2002).

8.3. Análisis y resultados cualitativos

Con el trabajo de campo este estudio buscó dar cuenta de los aportes que las personas mayores podían hacer a los procesos de construcción de paz, de construcción de la memoria histórica, de reconciliación, a la cultura y a la educación para la paz. Para el desarrollo de este capítulo se usó una metodología cualitativa compuesta de cuatro estrategias de recolección de información: revisión documental, grupos focales, estudios de caso y entrevistas a profundidad.
El trabajo de campo se desarrolló en los departamentos de Cundinamarca, Córdoba y Nariño. Esos lugares representaban una diversidad en las condiciones económicas de la población, en la implementación de programas y políticas dirigidas a las personas mayores, en la proximidad o en el aislamiento geográfico respecto de la capital departamental, en las tasas de pobreza y en la dinámica del mercado laboral formal. Quienes participaron en la investigación fueron seleccionados al azar y respondían a diferentes características sociales: nivel socioeconómico (alto, medio y bajo); mujeres, hombres; grupos de edades, principalmente aquellos de 60 años o más y otros entre 40 y 59 años; algunos vivían en las zonas urbanas, otros en las rurales; otros eran víctimas del conflicto armado admitidas en el Registro Único de Víctimas (RUV) y otros eran personas desmovilizadas de grupos armados al margen de la ley.

Reconocimiento de la capacidad de aportar a la construcción de paz

La mayoría de las personas que participaron en la investigación consideraron que tenían algo que aportar a la construcción de paz (88.2 %); solo una minoría señaló expresamente no tener nada para aportar (11.7 %). Entre quienes sí tenían para aportar, un 74.6 % dijo que su principal contribución podría orientarse hacia el desarrollo personal y la enseñanza de hábitos de paz a los más jóvenes.
Una proporción menor (13.5 %) se refirió a la posibilidad de poner a disposición de los más jóvenes y de la sociedad en general su experiencia y conocimiento.
Algunos testimonios ilustran estos hallazgos:

Yo pienso que desde el hogar uno puede guiar a los nietos y a los hijos para que sean hombres y personas de paz. Se les puede dar amor y enseñarles la tolerancia, porque con cualquier cosita nos elevamos, y ahí vienen los problemas que ocasionan la ira, la rabia. Se necesita aprender a combatir todo eso.

(Mixto, altos ingresos, Montería)

Solamente un 11.7 % de quienes participaron en la investigación manifestó que no sabía qué podía aportar a los procesos de construcción de paz, y otros dijeron expresamente que no tenían aportes específicos. La mayoría de estos últimos tenían un nivel socioeconómico bajo, vivían en las zonas urbanas y eran hombres. En cambio, los grupos que indicaron que sí tenían que aportar a la construcción de paz, o que al menos no señalaron expresamente no saber o no tener nada que aportar, fueron los desmovilizados, las personas con un nivel socioeconómico alto y las que vivían en las zonas rurales.

Eso se le deja a los jóvenes. Ya los viejos para qué; qué podemos hacer.

(Mixto, 40-60 años, Montería)

Yo qué voy a saber, yo no sé nadita de eso (Risas).

(Estudio de caso, Palenque)

El único que hace la paz es Dios. De resto, nadie más.

(Mujeres, Gutiérrez)

Yo pienso que todos los colombianos lo que más deseamos en este país es la paz, pero en verdad no sé cómo dar ese proceso, qué tengo que dar.

(Mixto, 40-60 años, Montería).

Hábitos de paz mediante diálogos e intercambios intergeneracionales en la familia y las comunidades

Quienes participaron en la investigación indicaron que uno de los principales aportes de las personas mayores a la construcción de paz es la puesta en práctica de hábitos de paz y su intercambio en espacios de diálogo e intercambio intergeneracional.

La paz la conseguimos desde nuestros hogares, en nuestra casa, con nuestros hijos, con nuestros nietos, con los yernos, con las nueras, con todos los que nos reunimos. Ahí es donde nosotros construimos la paz. No enseñándoles a nuestros hijos que se metan en nuestras guerras; enseñándoles que sean honestos, así como nuestros padres nos enseñaron a nosotros. Yo le digo a mi familia: la paz no se consigue con banderas, la paz se consigue desde la casa.

(Estudio de caso, Bogotá)

Una mayor proporción de las personas de 60 años o más, en contraste con las de 40 a 59 años, indicaron que podían aportar a la construcción de paz con sus conductas, acciones y ejemplo en sus familias y en sus comunidades, y promoviendo buenas actitudes y valores entre los más jóvenes. Señalaron, además, que los procesos de construcción de paz comienzan en sus hogares y en sus familias, antes que en procesos políticos o sociales de mayor escala.

Yo pienso que la paz se construye en el hogar: si yo soy violento con mis hijos, ellos van a ser violentos con la sociedad. Para uno criar país, comience desde el hogar; dejemos los ejemplos en la casa: respete a sus hijos y a su señora, ahí comienza la paz.

(Hombres, víctimas, Bogotá)

Dicen que la paz viene desde el hogar. Si uno está en paz, vive mejor; se vive pobremente, pero con tranquilidad.
(Hombres, Puerres)

Nosotras, que somos amas de casa y madres de familia, empezamos por la casa, en un círculo pequeño.
(Mixto, 40-60 años, Pasto)

Las personas mayores que participaron en los grupos dijeron, además, que en su familia y en su comunidad podían propiciar espacios de encuentro y de intercambio con los más jóvenes, darles buenos consejos y prevenirlos frente a las malas influencias.

Las personas adultas hoy podemos decirle a la juventud que ese no es el camino correcto en Colombia. Creo que ese es el aporte que podemos hacer.
(Mixto, 40-60 años, Ayapel)

Yo creo que con los años que tenemos, pocos o muchos, uno hace eco y las personas jóvenes son receptivas a lo que uno comenta. No digo que hagan todo al pie de la letra como uno lo dice, pero sí tienen en cuenta los comentarios.
(Mixto, Bogotá)

Las personas mayores señalaron que su aporte a la construcción de paz puede estar en el ejemplo que den en su familia y en la comunidad, a los más jóvenes, con su conducta y sus acciones.

Reunirse uno en el hogar, dar un buen consejo y que sea más el amor con todo mundo.

(Estudio de caso, Palenque)

Demostrando que si caímos, nos levantamos, y que para atrás nada; que por el hecho de que hayamos salido de cualquier parte por la violencia, la vida no se acabó ahí, que tenemos derecho a seguir, con fe en seguir nuevamente. De esa manera les estamos explicando lo que nosotros hicimos: que nos hicieron salir y que nos volvimos a parar y salimos adelante, y que ellos también pueden hacerlo. Con esa experiencia y con esa lucha que nosotros hemos tenido, les estamos dando ejemplo.

(Mujeres, víctimas, Montería)

Respeto

Otro aporte a la construcción de paz al que se refirieron las personas mayores es la generación de espacios de encuentro e intercambio donde se fomente el respeto por los demás, por sus creencias y por sus bienes, tanto en la familia como en la comunidad. Este aporte fue mencionado en mayor proporción por las personas de 60 años o más y por la población en general, y en mucha menor proporción por las personas entre 40 y 59 años y por la población afectada por el conflicto armado, víctimas o desmovilizados. El respeto, según ellos, podía materializarse en la consideración por la dignidad de la otra persona, por las cosas que componen su patrimonio, por sus derechos. El respeto también fue considerado en relación con la tolerancia, con la necesidad de reconocer el valor de las ideas, las creencias y las prácticas de los demás; en la necesidad de no responder violenta o agresivamente a los demás. Los participantes no le reconocieron importancia al rol de la justicia y de las autoridades de policía como personas e instituciones que pueden mediar en la solución de conflictos y prevenir su escalamiento en acciones violentas.

Para mí, una sola palabra basta: el respeto en todo sentido. Si tú respetas a tu vecino, no lo robas, no lo insultas, no lo ultrajas, no lo miras mal. Si tú respetas tu ciudad y no botas basura; si tú respetas a las personas, por ejemplo, haciendo la cola en un banco, estás aportando a la paz.

(Mixto, Pasto)

La paz tiene que empezar desde abajo, en la familia. La paz se puede conseguir por medio de nosotros mismos, siendo solidarios, tolerantes, evitando problemas con los demás.

(Mixto, Pasto)

Creer en la paz y tener esperanza en ella

Las personas mayores indicaron que un aporte a la construcción de paz es infundir e inculcar en los más jóvenes de la familia y de la comunidad la creencia de que la paz es posible, que vale la pena trabajar por ella y lograrla; que todos tienen algo que aportar. Creer y tener esperanza en que la paz es posible e inculcar esa creencia en los jóvenes es uno de los aportes a la construcción de paz menos mencionados por las personas participantes. La alusión es particularmente baja en las personas que viven en las zonas rurales, en las víctimas del conflicto armado y en las personas desmovilizadas, así como en el grupo de 40 a 59 años de edad.

Bastante paciencia y tolerancia, que la paz no se va a lograr el año entrante, ni el siguiente ni el siguiente. Infundirle eso a los que vienen detrás, prepararlos, porque las personas que han sufrido en carne propia no van a perder la paciencia ni la importancia. Lo único es hacer escuela, infundirle respeto a las personas que vienen detrás.

(Hombres, pensionados, Bogotá)

Inculcar la ética del trabajo

Otro aporte a la construcción de paz es infundir e inculcar en las personas más jóvenes de la familia y la comunidad la importancia de trabajar y de ganarse la vida honestamente, evitando las actividades ilegales y violentas. Este aporte fue el menos mencionado por las personas mayores, y particularmente por la población afectada por el conflicto armado y el grupo de 40 a 59 años de edad. Llama la atención que se le da la misma poca importancia tanto en las zonas urbanas y en las rurales.

Superar el odio, perdonar

Las personas mayores se refirieron a la generación de espacios de encuentro e intercambio con los más jóvenes para superar el odio, perdonar y dejar atrás las situaciones o los hechos derivados directa o indirectamente del conflicto armado. La mención a este aporte fue particularmente baja entre las personas de nivel socioeconómico alto y medio, en las que viven en las zonas rurales y en la población que en general no ha sido afectada por el conflicto armado.

Saber perdonarnos. El perdón es lo más importante, porque así a uno le hayan dado duro, como con nuestros desaparecidos, si uno no perdona no puede sentirse bien, no puede sentirse tranquilo.

(Mujeres, vícitmas, Pasto)

Para llegar a una paz consolidada en el tiempo, primero que todo necesitamos crear las condiciones necesarias y la confianza para curar los miedos.

(Estudio de caso, El Salado)

Para conseguir la paz, en primer lugar tenemos que construir el perdón.

(Estudio de caso, Bogotá)

La paz la conseguimos perdonándonos entre nosotros mismos. Mientras no nos perdonemos, no hay paz.

(Mujeres, víctimas, Bogotá)

Romper ciclos de violencia

Las personas mayores señalaron que, para construir paz, las familias y las comunidades deben ayudar a romper los ciclos de violencia social. Por ello, en los espacios de encuentro e intercambio con los más jóvenes se debe inculcar la convivencia y la solución pacífica de los conflictos. El rompimiento de los ciclos de violencia en las familias y en la comunidad es el aporte menos mencionado por la población de los niveles socioeconómicos alto y medio, por los habitantes de las zonas rurales y por la población entre 40 y 59 años. Para quienes no han sido directamente afectados por el conflicto, para las víctimas y para la población desmovilizada, este aporte tiene la misma importancia.

La guerra se puede acabar desde el hogar. Hay padres que maltratamos a nuestros hijos; los sacamos corriendo de nuestra casa, como si no fueran sangre de nosotros. Nosotros mismos les estamos creando a ellos una guerra; les estamos diciendo: váyanse a las filas o a robar.

(Estudio de caso, Bogotá)

Para lograr la paz hay que evitar molestar al vecino; no hacerle mal al prójimo. Esa es la paz.

(Hombres, víctimas, Pasto)

Creo que los viejos nos pueden ayudar a entender por qué pasó lo que pasó. Nos pueden ayudar a conocer por qué la sociedad que tenemos hoy es como es; a entender en qué momento de la historia ellos pudieron tomar decisiones distintas que cambiaran el curso de la historia y no lo hicieron y por qué no lo hicieron. Eso nos enseñaría muchas cosas a nosotros que estamos jóvenes, nos ayudaría a entender esta violencia cíclica y evitar que se perpetúe.

(Entrevista a profundidad)

Experiencia y conocimiento

Las personas mayores que participaron en la investigación indicaron que su principal aporte para la construcción de paz es poner a disposición de los más jóvenes y de la comunidad en general su aprendizaje, sus experiencias vitales y conocimientos de todo tipo adquiridos a lo largo de la vida. Esa experiencia y conocimiento de las personas mayores es entendida por quienes participaron como la huella del conflicto armado en las personas comunes y corrientes, como un relato de la guerra desde la dimensión humana.

Nosotros somos el libro abierto de muchas cosas que mucha gente no sabe.

(Estudio de caso, Bogotá)

Experiencia, conocimiento, tolerancia para crear y llegar a una paz consolidada en el tiempo.

(Estudio de caso, El Salado)

La experiencia de haber vivido muchas situaciones que finalmente se han superado… Cuando uno va avanzando de edad, va pensando un poco más calmadamente las cosas, más claramente, y va tomando unas decisiones; piensa más en la convivencia, la tranquilidad y la paz. Creo que uno tiene muchísimo que aportar

en esa experiencia del perdón, la reconciliación, la tolerancia, de vivir tranquilamente y compartir y aportar entre todos.

(Mixto, 40-60 años, Bogotá)

Yo soy de los convencidos de que paz sí va a haber y lo que yo aportaría a esa paz es conocimiento y tolerancia.

(Hombres, pensionados, Bogotá)

La experiencia, las buenas costumbres, el ejemplo, los consejos que ellos dan.

(Mixto, 40-60 años, Gutiérrez)

Adicionalmente, las personas mayores indicaron que sus experiencias de vida pueden ayudar a construir la memoria histórica del conflicto armado, a reconstruir su impacto en la vida de la población civil, y también como testimonio de la forma como afrontaron situaciones en muchos casos extremas, de cómo siguieron con su proyecto de vida o cómo de las cenizas construyeron uno nuevo.

Que nosotros podamos contribuir con nuestra experiencia, que como víctimas podamos contar nuestra historia y que podamos reconstruir nuestra propia experiencia.

(Estudio de caso, Bogotá)

En muchos casos las personas mayores juegan un rol fundamental porque le permiten a los más jóvenes repensarse; repensar el mismo proceso de la comunidad, porque ellos tienen el antes, el presente y el después. Entonces pueden hacer una lectura mucho más analítica de cómo vivían tranquilos antes, pueden ayudar a la comunidad a identificar lo que el conflicto dañó y ayudar a recuperar eso.

(Entrevista a profundidad)

Nosotros educamos a nuestros hijos, vienen los nietos y las otras generaciones, y no queremos que sigamos en lo mismo; no queremos que las generaciones que vienen sigan en lo mismo, en estas guerras que no traen nada bueno, solo malos y tristes ejemplos para las generaciones que vienen.

(Mixto, 40-60 años, Montería)

8.4. Conclusiones y recomendaciones

La mayoría de las personas mayores que participaron de la investigación se reconocen como actores de paz. Ellos saben, además, que mediante el diálogo y el intercambio entre generaciones pueden promover e inculcar hábitos de paz, tanto en lo individual como en lo colectivo –en la familia y la comunidad–, y fortalecer las buenas actitudes, los buenos valores y el respeto hacia los demás. Las personas mayores señalaron a su vez que es importante reconocer que el intercambio de su conocimiento y de su experiencia con las personas más jóvenes de la sociedad puede promover la creencia y la esperanza en la paz, inculcar la ética para el trabajo, romper con los ciclos de violencia y superar el odio y perdonar.

Lastimosamente, la dimensión humana y la local no son una prioridad en los procesos de construcción de paz: se reconoce en abstracto que la paz concierne a todos, pero no se hace un asunto propio en lo concreto; nos gusta desear la paz, pero cuesta hacerla una prioridad de nuestro trabajo (Suter, 1996). Por eso, esta sección incluye recomendaciones que puedan orientar a la sociedad civil para que se apropie y asuma sus compromisos frente a la construcción de paz, para que reconozca el papel protagónico de las personas mayores en estos procesos y para que ellos mismos se sientan parte de la solución y del aporte a la construcción de una paz estable y duradera.

Es necesario reconocer que los procesos de construcción de paz deben incluir acciones concretas de educación y de promoción de una cultura de paz, y que estas se deben dirigir a las personas comunes y corrientes, no limitarse al sistema educativo formal. Estas acciones deben producir impacto en otros

espacios informales de educación: en la familia, el barrio, las organizaciones sociales y la comunidad en general. La educación para la paz mediante el diálogo y los intercambios intergeneracionales no solo debe concentrarse en los espacios formales de encuentro entre las personas mayores y los más jóvenes, sino también en los espacios informales de intercambio: en el ámbito de la familia, en el barrio, en las organizaciones sociales, en los encuentros comunitarios, entre otros. Los procesos e iniciativas de educación para la paz deben dotar de contenido los hábitos de paz que las personas pueden poner en práctica en su vida cotidiana y enseñar a las personas más jóvenes de la comunidad. Más allá de las discusiones generales sobre la paz y la no violencia, las personas necesitan saber qué hacer y cómo responder ante situaciones de violencia y conflicto en la familia, en el barrio, en las organizaciones y en la comunidad.

Las personas que participaron en la investigación señalaron que uno de los principales aportes de las personas mayores a la construcción de paz es la puesta en práctica de hábitos de paz y su intercambio en espacios de diálogo y de encuentro entre ellas y con personas de otras generaciones. Los participantes dieron información sobre el contenido de dichos hábitos de paz y sobre el intercambio entre generaciones en diferentes sentidos. Algunos indicaron que podían aportar a la construcción de paz promoviendo buenas actitudes y valores en los miembros más jóvenes de la familia y la comunidad a través de su conducta, de sus acciones y su ejemplo.

Las personas mayores mencionaron también el fomento del respeto como un aporte importante a la construcción de paz: el respeto por los demás, por sus creencias, por su patrimonio y por sus derechos. El respeto fue considerado también en relación con la tolerancia, con la necesidad de reconocer el valor en las ideas, creencias y prácticas de los demás; con la necesidad de no responder ante las diferencias en forma violenta o agresiva. Los participantes en la investigación no le reconocieron importancia al rol de la justicia y de las autoridades de policía como mediadores en la solución de conflictos y en la prevención de su escalamiento en acciones violentas. Este es un aspecto que futuras acciones e investigaciones deben abordar con especial cuidado.

Los diálogos y los intercambios intergeneracionales fueron reconocidos por las personas mayores como espacios en los que se puede aportar a la educación

para la paz en la medida en que permiten inculcar en las personas más jóvenes de la familia y la comunidad la creencia de que la paz es posible, de que vale la pena trabajar por ella y que todos tienen algo que aportar. Se refirieron también, como un aporte a la construcción de paz, a inculcar en las personas más jóvenes de la familia y la comunidad la importancia de trabajar y de ganarse la vida de manera honesta, evitando las actividades ilegales y los actos violentos.

Las personas mayores señalaron que pueden generar espacios de encuentro e intercambio con personas más jóvenes en la familia y en la comunidad para, en primer lugar, identificar los daños causados por el conflicto armado y trabajar en forma personal, familiar y comunitaria para repararlos. En segundo lugar, para superar el odio y perdonar aquellas situaciones o hechos derivados directa o indirectamente del conflicto armado. En tercer lugar, para ayudar a romper los ciclos de violencia social, inculcando pautas de convivencia y dando herramientas para la solución pacífica de los conflictos que puedan surgir en la familia y en la comunidad.

Otro grupo de personas mayores se refirió a sus aprendizajes, a sus experiencias vitales y a los conocimientos adquiridos a lo largo de sus vidas como uno de sus principales aportes a los jóvenes, la comunidad en general y la construcción de paz. La experiencia y el conocimiento de las personas mayores son entendidos por quienes participaron en la investigación como una huella de los impactos del conflicto, huella que puede ser transmitida como un relato de guerra que fortalezca la dimensión humana. Sin embargo, la experiencia del conflicto no da cuenta solamente de lo negativo y lo trágico; es también el testimonio de la forma como se afrontaron las consecuencias del conflicto armado, de cómo siguieron con su proyecto de vida quienes lo padecieron o de cómo se inventaron de las cenizas una vida nueva.

A partir de los hallazgos de la investigación documental y de los resultados del trabajo de campo, este estudio identificó ciertas recomendaciones orientadas a potenciar y cualificar el rol y los aportes de las personas mayores de las actuales y de las futuras generaciones en los procesos de construcción de paz. Se refieren en particular a los componentes de cultura y educación para la paz, desde una perspectiva de diálogo e intercambio intergeneracional en espacios formales e informales, especialmente en los contextos familiares, de las organizaciones sociales y de la comunidad en general.

En primer lugar, los procesos de cultura y educación para la paz deben impulsar campañas de educación que promuevan las habilidades de las personas mayores para resolver constructivamente conflictos, y para que de esta forma se conviertan en sus comunidades en facilitadores de encuentros para la resolución pacífica de conflictos.

En segundo lugar, los procesos de cultura y educación para la paz deben incorporar la perspectiva del envejecimiento. Esta implica entender que lo que pueden aportar las personas mayores de 60 años a la construcción de paz no surge espontáneamente en el momento en que se llega la vejez, sino que es un camino que se construye a lo largo de la vida. Por esto es importante desarrollar y darle prioridad a las acciones comunitarias de diálogo e intercambio intergeneracional, en las que las personas que tienen hoy entre 40 y 59 años de edad, y que se harán mayores en el marco de un proceso de construcción de paz, reconozcan y desarrollen habilidades y valores como el respeto por los demás y el compromiso con la justicia.

En tercer lugar, deben existir procesos de educación para la paz orientados a las personas mayores que viven en las zonas rurales de Colombia y que tienen menos acceso a este tipo de estrategias. Es importante que ellas puedan contar con herramientas que les permitan desarrollar y poner en práctica hábitos de paz. Esas herramientas deben permitir que las personas mayores adquieran la habilidad de reconocerse en algún momento como posibles sujetos generadores de violencia, que sean capaces de identificar las acciones violentas que generan y que puedan cambiar sus proyectos de vida y su cotidianidad y transformen los comportamientos agresivos en hábitos que propicien una convivencia pacífica. Por ejemplo, se pueden desarrollar procesos formativos cortos cuyos contenidos brinden herramientas de introspección y de reconocimiento de las diferencias. Para garantizar el involucramiento de la población rural en estos procesos de educación para la paz, se recomienda que estos se articulen con los programas y estrategias del Estado que actualmente tienen impacto en las zonas rurales y que la comunidad conoce, como también el uso de canales de comunicación que efectivamente lleguen a las poblaciones dispersas que tienen un acceso nulo o muy escaso a las tecnologías de la información y las comunicaciones.

En cuarto lugar, la educación para la paz debe incorporar estrategias y contenidos diferenciados, dependiendo de las poblaciones a las que se dirigen.

En el caso de la población en general, debe profundizar en las acciones que promuevan la superación del odio y el perdón, aun si las personas a las que se dirigen no han sido afectadas directamente por la guerra o por acciones violentas o de criminalidad no relacionadas con un grupo armado. En el caso de las personas afectadas por el conflicto armado, sean estas víctimas o personas desmovilizadas, se debe fortalecer la creencia y esperanza en la paz y darle importancia a su aporte en la familia con su ejemplo personal y buenos consejos a los más jóvenes, y también ayudarlos a consolidar las relaciones de afecto, solidaridad y empatía que les permita generar buenos vínculos de convivencia.

En quinto lugar, los procesos de construcción de una cultura y educación para la paz deben fortalecer el buen ejemplo que las personas adultas, particularmente aquellas entre los 40 y los 59 años de edad y los mayores de 60 años, les dan a los más jóvenes en su familia y en su comunidad. No es cierto pensar que el buen ejemplo y las acciones que promueven la paz y mitigan los efectos del conflicto comienzan a los 60 años, con el inicio de la vejez.
Desde una perspectiva del envejecimiento, todas las personas, pero principalmente las que son adultas y desempeñan un rol de poder en la familia y la comunidad, deben crear espacios y promover actividades de intercambio intergeneracional en su cotidianidad familiar y social para ponerlos a disposición de los demás.
Para contribuir a esto se pueden desarrollar procesos de formación para las familias y organizar actividades culturales comunales que promuevan la convivencia y prevengan la violencia intrafamiliar.

En sexto lugar, los procesos de construcción de paz y educación para la paz deben fortalecer la legitimidad y el reconocimiento de la administración de justicia y de las autoridades de policía, como las personas e instituciones idóneas para mediar de manera efectiva y rápida en la solución de conflictos sociales y prevenir su escalamiento en acciones violentas. Con este propósito es necesario transformar la visión que tiene la sociedad civil de las mismas, y dotarlas de herramientas que hagan que sus acciones contemplen y solucionen los problemas del día a día de la comunidad.

En séptimo lugar, los procesos de construcción de paz y de educación para la paz necesitan enfocarse en fortalecer a las personas comunes y corrientes para que crean, tengan esperanza y le den un valor preponderante a la paz en sus vidas. Dicha esperanza, desde una perspectiva del envejecimiento, debe orientarse

a las personas adultas y jóvenes, así como a los más afectados por el conflicto, a las personas que viven en las zonas rurales, las víctimas del conflicto armado y las personas desmovilizadas, quienes de acuerdo con los hallazgos de este estudio tienen una mayor dificultad en desarrollar hábitos de paz. En este sentido, se recomienda que la institucionalidad, más allá de concentrarse en el proceso de paz que actualmente lidera el Estado, fije su objetivo en la construcción de la paz de una manera amplia. Si bien a lo largo de este capítulo se ha hecho énfasis en que un proceso de construcción de paz con la sociedad es independiente de los resultados de las negociaciones que adelante el Estado con los grupos armados, en esta sección de recomendaciones se entiende que el éxito de una futura institucionalidad para la paz dependerá en gran medida de los avances y resultados que se obtengan de las negociaciones del Estado con las FARC en la Habana, de la aprobación interna que se tenga de dichos acuerdos y de la forma como se implementen. El camino aún es incierto.

En octavo lugar, la reparación de las víctimas del conflicto armado y los procesos de reintegración de personas desmovilizadas se deben entender en un sentido amplio; no se deben restringir a las medidas que el Estado determine, sino que las personas, las familias, las organizaciones y las comunidades puedan reconocer el daño que el conflicto causó en sus vidas y en su proceso de envejecimiento, y puedan hacerse a las herramientas necesarias para seguir con su proyecto de vida o construir uno nuevo que les permita desarrollarse, suplir sus necesidades, cumplir sus sueños, entre muchas otras cosas. La reparación y la desmovilización transformadora y diferenciada es un elemento central de la construcción de paz.

En noveno lugar, es crucial que las personas superen el odio y la desconfianza entre ellas y que se avance en la reconciliación. Este estudio reconoce a las personas mayores como formadoras en la reconciliación, capaces de enseñar y generar lazos de confianza entre los miembros de la familia y la comunidad y de romper hábitos y ciclos de violencia que dificultan la consolidación de la paz en lo local y en la vida de las personas.

8.5. Referencias bibliográficas

Álvarez, S. y Rettberg, A. (2008). *Cuantificando los efectos económicos del conflicto: una exploración de los costos y los estudios sobre los costos del conflicto armado colombiano.* Colombia Internacional, 67, 14-37.

Annan, K. (1998, 1 de octubre). *Opening speech at un International Conference on Ageing.* Recuperado de: http://undesadspd.org/Ageing/InternationalDayofOlderPersons/1998/SpeechdeliveredbySecretaryGeneralKofiAnnan.aspx

Barber, R. (2009). *Facilitating humanitarian assistance in international humanitarian and human rights law.* International Review of the Red Cross, 91, 874.

Bar-Tal, D. y Rosen, Y. (2009). *Peace education in societies involved in intractable conflicts: Direct and indirect models.* Review of Educational Research, 2(79), 559, 557-575.

Boulding, E. (1996). *Peace behaviours in various societies.* En From a culture of violence to a culture of peace (pp. 31-54). París: Unesco.

Boutros-Ghali, B. (1992). *An Agenda for Peace. Preventive diplomacy, peacemaking and peace-keeping. Report of the Secretary-General pursuant to the statement adopted by the Summit Meeting of the Security Council on 31 January 1992 (A/47/277 - S/24111).* Nueva York, NY: United Nations.

Brown, C. y Henkin, N. (2014). *Building communities for all ages: Lessons learned from an Intergenerational Community-building Initiative.* Journal of Community & Applied Social Psychology, 24, 63-68.

Coleman, P. T., Liebovitch, L. S., Vallacher,R. R.,Nowak, A., Bartoli, A., y Bui-Wrzosinska, L. (2012). *Mathematical models of the dynamics of conflict.* En A. W. Davidson, M. A. Ray, yTurkel, M. (Eds.), *Nursing, caring, and complexity science: For human-environment well-being.* Nueva York, NY: Springer.

Colombia. Constitución Política de 1991. República de Colombia, 6 de julio de 1991.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-008/92. M.P. Díaz, F. M., 31 de enero de 1992.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-439/1992. M.P. Cifuentes, E., 2 de julio de 1992.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-102/93. M.P. Gaviria, C., 10 de marzo de 1993.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-139/93. M.P. Arango, J., 16 de abril de 1993.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-028/94. M.P. Naranjo, V., 31 de enero de 1994.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-225/95. M.P. Martínez, A., 18 de mayo de 1995.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-226/95. M.P. Naranjo, A. y Arango, J., 25 de mayo de 1995.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-283/95. M.P. Hernández, J. G., 29 de junio de 1995.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-503/99. M.P. Gaviria, C., 13 de julio de 1999.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-328/00. M.P. Cifuentes, E., 22 de marzo de 2000.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-048/01. M.P. Montealegre, E., 24 de enero de 2001.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-228/02. M.P. Cepeda, M. J. y Montealegre, E., 3 de abril de 2002.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-578/02. M.P. Cepeda Espinosa, M. J., 5 de junio de 2002.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-805/02. M.P. Cepeda, M. J. y Montealegre, E., 1 de octubre de 2002.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-916/02. M.P. Cepeda, M. J., 29 de octubre de 2002.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-249/03. M.P. Montealegre, E., 21 de marzo de 2003.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-570/03. M.P. Monroy, M. G., 15 de julio de 2003.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-899/03. M.P. Monroy, M. G., 7 de octubre de 2003.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-579/13. M.P. Pretelt, J. I., 28 de agosto de 2013.

Colombia. Ley 1448 de 2011 (10 de junio). Diario Oficial 48096 de la República de Colombia.

Galtung, J. (1983). *Peace education: learning to hate war, love peace, and to do something about it.* International Review of Education, 3(29), 281-287.

Galtung, J. (1996). *Cultural peace: Some characteristics.* En From a culture of violence to a culture of peace (pp. 75-92). París: Unesco.

Galtung, J. (1996). *Peace by peaceful means. Peace and conflict, development and civilization.* Oslo: International Peace Research Institute.

Garzón, J. C. (2003). *Las limitaciones de la paz.* Revista de Estudios Sociales, 15, 125-132.

Grefe, D. (2011). *Combating ageism with narrative and intergroup contact: Possibilities of intergenerational connections.* Pastoral Psychology, 60, 99-105.

Groff, L. y Smoker, P. (1996). *Creating global/local cultures of peace.* En From a culture of violence to a culture of peace (pp. 103-128). París: Unesco.

GMH. (2013).*¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad.* Bogotá: Imprenta Nacional.

Han, S. K. (1993-1994). *Building a peace that lasts: The United Nations and post-civil war peace-building,* N.Y.U. J. Int'l L. & Pol.,26, 837-892.

Holmes, C. L. (2009). *An intergenerational program with benefits.* Early Childhood Education Journal, 37, 113-119.

Kurtenbach, S. (2005). *Análisis del conflicto en Colombia.* Bogotá:Friedrich Ebert Stiftung en Colombia (Fescol).

Linarelli, J. (1995-1996). *Peace-building.* Denv. J. Int'l L. &Pol'y, (24), 253-283.

Lund, M. (2003). *What kind of peace is being built? Taking stock of post-conflict peacebuilding and charting future directions. Discussion paper prepared on the occasion of the tenth anniversary of Agenda for Peace for the International*

Development Centre idrc. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/237293055_What_Kind_of_Peace_is_Being_Built_Taking_Stock_of_Post-Conflict_Peacebuilding_and_Charting_Future_Directions

Morton, A. D. (2007). *Unravelling Gramsci unravelling Gramsci. hegemonyand passive revolution in the global economy.* Londres: Pluto Press Books.

Naciones Unidas, Asamblea General. (1948, 19 de diciembre). *Declaración Universal de Derechos Humanos,* 217 A (III). Recuperado de: http://www.un.org/es/documents/udhr/

Naciones Unidas, Asamblea General. (1966, 16 de diciembre). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos,* Serie Tratados, Vol. 999, p. 171. Recuperado de: http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx

Naciones Unidas, Asamblea General. (1984, 12 de noviembre). *Resolución 39/11. Declaración sobre el Derecho de los Pueblos a la Paz.* Recuperado de: http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sq3drpp.html

Naciones Unidas, Asamblea General. (1984, 10 de diciembre). *Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes,* Serie Tratados, Vol. 1464, p. 85. Recuperado de: http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sh2catoc.html

Naciones Unidas, Asamblea General. (1989, 20 de noviembre). *Convención sobre los Derechos del Niño,* Serie Tratados, Vol. 1577, p. 3.Recuperado de: https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf

Naciones Unidas, Consejo de Seguridad. (2011, 12 de octubre). *El Estado de derecho y la justicia de transición en las sociedades que sufren o han sufrido conflictos.* Informe del Secretario General de las Naciones Unidas, S/2011/634. Recuperado de: http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=s/2011/634

Nasi, C. y Rettberg, A. (2005). *Los estudios sobre conflicto armado y paz: un campo en evolución permanente.* Colombia Internacional, 62, 64-85.

Năstase, A. (1983). *The culture of peace and peace education.* International Review of Education. The Debate on Education for Peace, 29(3), 391-401.

Paris, R. (1997). *Peacebuilding and the limits of liberal internationalism.* International Security, 22 (2), 54-89.

Paris, R. (2004). *At war's end. Building peace after civil conflict.* Cambridge: Cambridge University Press.

Pizarro, E. (2004). *Una democracia asediada. Balances y perspectivas del conflicto armado en Colombia.* Bogotá: Grupo Editorial Norma.

Power, C. (2012). B*uilding a culture of peace to replace a culture of war.* Social Alternatives, 33(4), 47-51.

Przetacznik, F. (1999). *A definition of peace.* Sri LankaJ. Int'l L.,11, 165-205.

Ramírez, J. M. (2007). *Peace through dialogue.* International Journal of World Peace, 1(24), 65-81.

Reardon, B. A. (2002). *Human rights and the global campaign for peace education.* International Review of Education, 48, 283-284.

Reardon, B. A. (2012). *Education for sustainable peace: practices, problems and possibilities.* En Psychological components of sustainable peace (pp. 325-352). Nueva York, NY: Springer eBook.

Rettberg, A. (2003). *Diseñar el futuro: una revisión de los dilemas de la construcción de paz para el postconflicto*. Revista de Estudios Sociales, 15, 15-28.

Rettberg, A. (2013). *La construcción de paz bajo la lupa: una revisión de la actividad y de la literatura académica internacional.* Estudios Políticos, 42, 13-36.

Rocha Menocal, A. (2011). *State building for peace: A new paradigm for international engagement in post-conflict fragile states?* Third World Quarterly, 32 (10), 1715-1736.

Simonovic, I. (2003). *Post-conflict peace building: The new trends.* Int'l J. Legal Info, 31, 251-263.

Smoljan, J. (2003). *The relationship between peace building and development.* Conflict, Security & Development, 2, 233-250.

Spring, U. O., Brauch, H. G. y Tidball, K. G. (2013). *Expanding peace ecology: Peace, security, sustainability and gender.* Perspectives of ipra's Ecology and Peace Commission. Nueva York: Springer eBook.

Suter, K. D. (1996). *The role of education for a culture of peace.* En From a culture of violence to a culture of peace (pp. 209-228). París: Unesco.

Symonides, J. y Singh, K. (1996). *Constructing a culture of peace: challenges and perspectives – and introductory note* (pp. 9-30). En From a culture of violence to a culture of peace. París: Unesco.

Thee, M. (1996). *Towards a culture of peace based on human rights.* En From a culture of violence to a culture of peace (pp. 229-250). París: Unesco.

Unesco. (2008). *Unesco's work on education for peace and non-violence. Building peace through education.* ED-2008/WS/38.Recuperado de: http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001607/160787e.pdf

United Nations Economic and Social Council. (2006, 8 de febrero). *Promotion and protection of Human Rights. Study on the right to the truth. Report*

of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 33-38. Recuperado de: http://www.concernedhistorians.org/content_files/file/to/118.pdf

United Nations General Assembly. (2005, 16 de diciembre). *Basic principles and guidelines on the right to a remedy and reparation for victims of gross violations of International Human Rights Law and serious violations of International Humanitarian Law. United Nations,* A/RES/60/147. Recuperado de: http://legal.un.org/avl/ha/ga_60-147/ga_60-147.html

9.

Conclusiones
y recomendaciones de política

Como consecuencia del proceso de transición demográfica, es decir, del descenso en las tasas de fecundidad y mortalidad, la tasa de crecimiento de la población colombiana ha disminuido gradualmente desde casi un 3 % en la década de 1960, hasta un 1.1 % en la actualidad, y se espera que converja a cero en el largo plazo, hasta situarse en un 0.1 % en el 2050. Se estima que la población aumente de 48 millones de personas hoy en día a 61 millones en el 2050. Aparte de los retos que en sí mismo representa ese incremento en la población total, el país enfrentará en las próximas décadas un proceso de envejecimiento poblacional, consecuencia de las tasas de crecimiento cada vez menores. El envejecimiento se observará en sus tres expresiones: 1) el envejecimiento demográfico, el cual consiste en el incremento sistemático de la proporción de personas mayores en la población total; 2) el envejecimiento doméstico, que se refiere al aumento de la proporción de personas de 60 años o más en el hogar o al aumento del promedio de personas mayores por hogar y; 3) el envejecimiento individual, que corresponde al incremento de la edad cronológica de las personas.

A lo largo del periodo de estudio de esta investigación, 1985-2050, la población de 60 años o más es la que más crece en términos absolutos: su tamaño aumenta en casi siete veces, mientras que la población de 15-59 años no llega a duplicarse y la menor de 15 permanece estable. Por ende, la participación de las personas mayores en la población total aumenta sustancialmente y lo hará de manera muy acelerada en las décadas venideras. En efecto, la población de 60 años y más, que representaba apenas el 7 % de la población total en 1985, pasa al 10 % en la actualidad y llegará al 23 % en el 2050.

Los cambios en la estructura etaria de la población son aún más evidentes cuando se tiene en cuenta que dentro de la población de 60 años o más hay también un proceso muy notorio de envejecimiento relativo. Mientras que la población total de Colombia se duplica entre 1985 y el 2050 –pasa de 31 millones a 61 millones de personas–, el grupo de población entre 60 y 70 años se multiplica por 6.4 y el de 80 años o más se multiplica por 17. Este último grupo de personas muy mayores, que estaba constituido por 180 mil personas en 1985, hoy es de 670 mil y llegará en el 2050 a 3.1 millones de personas.

El proceso de transición demográfica y, por ende el proceso de envejecimiento demográfico, no ha sido ni será homogéneo en el país. En términos

geográficos, las zonas urbanas y, dentro de estas, las ciudades caracterizadas por una mayor modernidad, tienen un proceso de envejecimiento más acelerado. Así, por ejemplo, hoy día el 15 % de la población de Medellín tiene 60 años o más, mientras que en Riohacha ese porcentaje es tan solo del 6.8 %. Se espera que estos diferenciales regionales se acentúen con el tiempo: en el 2050, alrededor de la tercera parte de la población de Medellín (32.7 %) tendrá 60 años o más, mientras que el porcentaje de Riohacha será similar al que tiene hoy día Medellín (14 %).

El envejecimiento doméstico, medido como la proporción de hogares con una o más personas mayores, es aún más importante que el envejecimiento demográfico: en el 2010, cerca de uno de cada tres hogares colombianos contaba con la presencia de personas mayores, a pesar de que solo una de cada diez personas era mayor. Por otra parte, aunque en el 2010 prevalecían los arreglos multigeneracionales en los hogares con personas mayores (en el 77 % de estos hogares), el porcentaje de hogares unipersonales y de hogares en los que solo vive la pareja ha aumentado significativamente en las últimas dos décadas: en el 2010, el 3.3 % de los hogares con personas mayores era unipersonal y el 5.7 % estaba conformado solo por personas mayores.

Su presencia en los hogares no necesariamente se asocia a una "carga" o dependencia de la persona mayor. Por el contrario, en una proporción importante de las familias, los jefes de hogar son personas mayores. En el 2010, uno de cada cuatro hogares era liderado por una persona mayor, y en el 77.4 % de los hogares con personas mayores el jefe de hogar era una de ellas, mientras que en tan solo un 7 % de los hogares con jefe de hogar menor de 60 años vivían personas mayores.

El proceso de envejecimiento implica también un envejecimiento individual. La expectativa de vida al nacer, que aumenta paulatinamente, llegará en el 2050 a 83.4 años en las mujeres y a 77.5 años en los hombres, es decir, cinco años más que hoy en día. Pero también aumenta la expectativa de vida condicionada a los 60, a los 70 o a los 80 años, esto es, aumenta el número promedio de años que una persona espera vivir tras haber alcanzado esas edades. Se estima que la expectativa de vida a partir de los 60 años sea, en el 2050, de 25.9 años en las mujeres (que vivan hasta los 86 años) y de 22.2 años en los hombres (que vivan hasta los 82 años). Es decir, la población colombiana alcanza cada vez una mayor longevidad, especialmente las mujeres, lo cual implica una feminización del envejecimiento poblacional.

El aumento en el número absoluto y relativo de las personas mayores y de los años adicionales que estas vivirán –expresiones del envejecimiento poblacional que se acelerará en las próximas décadas– tendrá, por supuesto, enormes implicaciones económicas y sociales, tanto positivas como negativas. Para los hacedores de política pública, estas implicaciones en temas relacionados con pensiones, apoyo económico para la vejez, servicios de salud y necesidades de cuidado, entre otros, son un reto. El Estado, la familia y en general la sociedad colombiana deben prepararse tanto para aprovechar las oportunidades que pueda ofrecer el envejecimiento poblacional, como para enfrentar los desafíos que este supone, como por ejemplo disponer y asignar más recursos financieros y humanos para la población mayor, con los costos económicos adicionales que esto implica.

De forma paralela a esta realidad del envejecimiento demográfico y a partir de los hallazgos de la investigación cualitativa, la población reconoce el envejecimiento como un proceso inexorable de llegada a una etapa final de la vida, independientemente del grupo social, la zona de residencia o la edad. Sin embargo, la concepción de preparación para la vejez en general no es clara y cada persona entiende o aplica la preparación a su manera. Por ello mismo podemos concluir que no hay un proceso de preparación iniciado de manera consciente en una etapa temprana o previa a la vejez.

En ese sentido, es imperativo que, como país, se desarrollen estrategias educativas y comunicativas que promuevan no solo la preparación para la vejez, sino una nueva mirada, más positiva, del envejecimiento. Desde la niñez, y durante cada una de las etapas de la vida, se debe brindar toda la información posible para hacer de este un proceso natural, consciente y preparado, en el que se pueda seguir construyendo un proyecto de vida para cada persona y para quienes la rodean.

9.1. Recomendaciones de política de protección económica para la población mayor

El Sistema General de Pensiones (SGP) colombiano tiene grandes falencias. En primer lugar, la cobertura es muy baja: de acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida del DANE correspondiente al 2013, solo un 23 % de las personas mayores recibe pensión. Esto implica que, en Colombia, recibe pensión menos de una de cada cuatro personas mayores. El caso es más dramático para las mujeres mayores

–aproximadamente una de cada siete tiene pensión– y en las zonas rurales, donde menos del 10 % de las personas mayores cuenta actualmente con pensión. Así, hoy en día tenemos en Colombia un poco más de 5 millones de personas de 60 años o más, de las cuales aproximadamente 3.8 millones carecen de un sistema de apoyo económico estructurado para su vejez. Teniendo en cuenta el crecimiento del número de personas mayores, consecuencia del proceso de envejecimiento, puede estimarse que, de mantenerse las reglas actuales del sistema, y de acuerdo a las proyecciones de población de Pachón (2012) y al modelo pensional de Asofondos, en el 2050 el número de personas que no recibirá pensión se acercará a los 12 millones, un 85 % de las personas mayores que se proyecta habrá entonces.

En términos de equidad, en el Régimen de Prima Media (RPM) hay una notoria regresividad en los subsidios que se otorgan a los pensionados[1]: mientras que el 86 % de los subsidios pensionales se dirigen al primer quintil de ingresos (el 20 % más rico de la población), el último quintil (el más pobre) solo percibe el 0.1 % de estos subsidios (OECD, 2015). Dado que los subsidios se concentran en la población de mayores ingresos, el sistema termina financiando las pensiones de la población más rica con los aportes de los trabajadores de menores ingresos que no alcanzan a contribuir lo suficiente para recibir una pensión del sistema. La regresividad en las transferencias de pensiones públicas y seguro de desempleo en Colombia y Latinoamérica, en comparación con la universalidad en los países europeos (Goñi, López y Servén, 2011), es una de las causas que más inciden en la desigualdad de los ingresos en el país, uno de los más inequitativos de Latinoamérica y del mundo (Moller, 2012). No solo el Régimen de Prima Media es inequitativo, sino que su costo anual para el Estado llega casi al 4 % del PIB. Con esos recursos se alcanzaría a otorgar una pensión equivalente al salario mínimo a todos los adultos mayores del país (Bosch, 2015).

En estas circunstancias, el problema pensional debe enfrentarse desde varios flancos. Por un lado, es indispensable compatibilizar ese régimen con el proceso de envejecimiento de la población, reconociendo que la esperanza de vida de los colombianos ha aumentado y que lo seguirá haciendo en las próximas décadas:

1 En este estudio, subsidio se entiende como la diferencia entre el valor acumulado de los aportes de un individuo si los hubiera depositado en una cuenta de ahorro individual y el valor presente de los pagos esperados de una pensión del Régimen de Prima Media, que son financiados por el Presupuesto General de la Nación; en otras palabras, el subsidio es la diferencia entre la promesa del RPM y los recursos que se esperan de una pensión del RAIS.

es urgente ajustar las edades de jubilación. Ningún sistema pensional puede ser sostenible si aumenta el número de años en los que debe cubrir pensiones sin que se incrementen a la par los años en que recibe cotizaciones. Idealmente, la edad de pensión debería estar atada de manera automática a la expectativa de vida de la población, tal como lo sugieren Barr y Diamond (2010) en sus guías para una reforma pensional.

Otro punto fundamental de una reforma estructural al sistema pensional es el de la igualdad de las condiciones de acceso por sexo, lo que implica igualar las edades de jubilación. La desventaja que tienen las mujeres para cotizar y obtener una pensión bajo los parámetros actuales del sistema pensional no solo surge de su mayor expectativa de vida, sino de sus menores densidades de cotización, asociadas a los períodos en que deben retirarse del mercado laboral para dedicarse al cuidado de los hijos. Por esa misma razón, una medida complementaria del ajuste de las edades de jubilación sería el otorgamiento de un bono pensional que compense a las mujeres por su papel de madres, con base en el cual por cada hijo se les contabilice un determinado número de semanas de cotización.

Ante la imposibilidad del sistema pensional colombiano actual de ampliar la cobertura de la población mayor, el país cuenta con el programa Colombia Mayor, mediante el cual se asigna un ingreso mínimo para la vejez a la población más vulnerable, sin importar que hayan hecho contribuciones previas o no. La cobertura de este programa de pensiones no contributivas ha crecido significativamente, un 100 % en dos años: mientras que a diciembre del 2012 había 718.000 beneficiarios, en diciembre del 2014 se contabilizaba un total de 1.470.000 cupos asignados. El programa se extiende a lo largo y ancho del territorio nacional y su distribución por área y sexo es relativamente acorde con la de las personas mayores. En cuanto a la distribución del programa por edad y principales ciudades, esta se enfoca en los grupos más vulnerables, en los que la incidencia de la pobreza es mayor. La focalización adecuada del programa en los hogares más pobres y vulnerables se hace evidente en el análisis que hace esta investigación con base en las encuestas de hogares.

El problema más destacado del programa Colombia Mayor es que la ampliación de su cobertura no se acompañó de un aumento paralelo en el presupuesto, sino, al contrario, de una fuerte reducción de los beneficios por persona en los últimos años. Actualmente, el beneficiario promedio recibe apenas

el equivalente a una décima parte de un salario mínimo mensual. Haciendo una comparación internacional, las pensiones que otorga Colombia Mayor son muy inferiores a las de programas similares en otros países de la región. Esto, unido a los muy bajos niveles de cobertura del Sistema General de Pensiones en el país, hace que los niveles de pobreza y desigualdad en la población mayor se mantengan muy elevados. De hecho, Colombia, conjuntamente con Perú y Costa Rica, es uno de los pocos países de América Latina en donde los indicadores de pobreza son sustancialmente superiores en la población mayor que en el total de la población (OECD, 2015), un resultado que refleja de manera dramática el fracaso de los sistemas de protección para la vejez en nuestro país.

Sin perjuicio de los ajustes que necesariamente deben hacerse al sistema pensional, los altos niveles de informalidad que caracterizan a Colombia, con las consiguientes bajas densidades de cotización pensional, hacen urgente el fortalecimiento de los esquemas de pensiones no contributivas y asistenciales a personas mayores de bajos recursos económicos. En este frente, el impulso de programas como Colombia Mayor es una prioridad en la que debe considerarse no solamente una mayor cobertura, sino unos mayores montos por persona que permitan sacar a muchas más personas mayores de la pobreza y la indigencia. Aprovechando la apropiada focalización que ya tiene el subsidio hacia la población mayor más vulnerable, sería conveniente aprovechar y aumentar los recursos destinados actualmente a este programa del 0.14 % del PIB a niveles más acordes con los estándares latinoamericanos, del orden del 0.4 % del PIB. Filgueira y Espíndola (2015) estiman que el costo de completar el subsidio de Colombia Mayor para cubrir a todas las personas mayores en condiciones de vulnerabilidad sería del 0.21 % del PIB. Esto, sumado a un aumento del subsidio por persona que se derivaría de la mayor conciencia de los entes territoriales sobre el envejecimiento de la población, puede traer grandes beneficios para las personas mayores en situación de pobreza.

Por otra parte, ante la baja cobertura pensional y teniendo en cuenta las dificultades que conlleva cubrir a los trabajadores informales mediante programas de tipo puramente asistencialista, el Gobierno colombiano diseñó un esquema alternativo de prestaciones pensionales que no está sujeto a la restricción de la pensión mínima: se trata de los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS). Los BEPS consisten en ahorros que hacen los trabajadores informales a través de cuentas

especiales de ahorro voluntario de largo plazo para población vulnerable (niveles 1, 2 y 3 del Sisbén). La idea tras esas cuentas especiales es que esos trabajadores tengan una opción de ahorro para la vejez, que es incentivada mediante un subsidio que otorga el Estado del 20 % del ahorro individual. Dado lo reciente de la iniciativa de los BEPS, hasta el momento han sido pocos los usuarios potenciales que han aplicado al programa. Los BEPS son una herramienta valiosa para superar los grandes obstáculos del sistema pensional tradicional. No obstante, su diseño tiene múltiples deficiencias y es poco probable que conduzca a la solución de los problemas. Es indispensable repensar ese esquema de ahorro en el contexto de la necesidad más general de promover ahorros voluntarios para la vejez, promoción que puede requerir de subsidios estatales. Infortunadamente, los estímulos que existen en Colombia para el ahorro voluntario para la vejez se concentran en las personas de más altos ingresos, que por esos ahorros obtienen beneficios tributarios.

En conclusión, para mejorar la cobertura del sistema previsional y las perspectivas de las personas mayores para las próximas décadas, es fundamental avanzar de manera simultánea en varios frentes cruciales de política pública. Por un lado, se debe adelantar con urgencia una reforma de envergadura, no solo del sistema pensional, sino también del mercado laboral, que disminuya efectivamente la informalidad, la cual está íntimamente asociada a los bajos niveles de contribuciones al sistema. También es importante tener en cuenta el problema de la evasión contributiva, pues a esta se deben en alto grado los bajos niveles de cobertura del sistema y pone en riesgo la sostenibilidad financiera en el futuro. Cabe aclarar que en Colombia se vienen adelantando desde el 2007 esfuerzos en materia de control de la evasión mediante la creación de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), entidad que ha logrado importantes avances en este frente. También es importante mejorar la educación financiera de la población colombiana para promover y estimular el ahorro y la inversión para la vejez.

Aunque el fracaso del régimen pensional contributivo es parcialmente compensado por la existencia de un programa no contributivo como Colombia Mayor y de otros sistemas complementarios como los BEPS, estos aún se encuentran en una fase incipiente de desarrollo y no han sido suficientemente integrados a una estrategia comprensiva de protección económica para la vejez en Colombia.

9.2. Recomendaciones de política en ahorro para la vejez

Además del sistema pensional, que es por excelencia el principal instrumento de protección económica para la vejez, existen otros mecanismos a través de los cuales la población puede prepararse económicamente para esa etapa de la vida. Este estudio muestra que, más allá del relativamente bajo porcentaje que cotiza formalmente para pensiones, la mayoría de la población se prepara poco: entre los mayores de 40 años, de quienes se esperaría una mayor conciencia sobre el tema, más del 50 % afirma que no hace nada para mantenerse económicamente en la vejez. Ese porcentaje, además, sube por encima del 70 % en las zonas rurales. Es decir, se hace perentoria una educación financiera, pero particularmente una educación frente a la realidad del envejecimiento orientada a medidas de cuidado y protección en la vejez. En este sentido, es urgente que el Estado promueva el alfabetismo financiero, especialmente en los programas de educación básica y secundaria. Personas más educadas en materia financiera actúan de manera más racional dentro del sistema, de lo que se deriva un funcionamiento más eficiente de la protección y de los sistemas de ahorro.

Algunas experiencias internacionales muestran la importancia de la educación financiera a lo largo del ciclo vital y resaltan el papel que puede cumplir el Estado como promotor de esa educación. Los programas de alfabetismo financiero, que enseñan conceptos básicos de finanzas y emprendimiento en el ciclo de educación básica, han tenido resultados positivos, como lo señalan algunos estudios empíricos (Swedberg, 2002). La falta de este tipo de educación en la secundaria se refleja claramente en la ignorancia financiera de los estudiantes universitarios que, además, durante su educación profesional, tampoco reciben cursos sistemáticos de finanzas personales (Altintas, 2011).

En Colombia, debido a la informalidad y a la poca capacidad de ahorro de las personas, solo un pequeño porcentaje de la población ahorra en el sistema de ahorro de pensiones voluntarias (APV). Además, los estímulos para ahorrar en los fondos de pensiones voluntarias están claramente orientados a la población de altos ingresos, pues los beneficios tributarios solo aplican para este segmento

de la población. Por lo tanto, es conveniente promover mecanismos de estímulo al ahorro pensional voluntario que cobijen a toda la población y que estén debidamente integrados al sistema general de pensiones obligatorias. El modelo chileno es un buen ejemplo a seguir: con el fin de aumentar la cobertura del sistema, se creó un incentivo de ahorro orientado a los trabajadores de bajos ingresos que consiste en una bonificación fiscal del 15 % sobre los ahorros realizados, independientemente del nivel de renta (Acuña, 2015).

Además del APV, existen otros mecanismos para protegerse económicamente en la vejez. De acuerdo con Guataquí et al. (2009), en Colombia se le da importancia a los hijos como medio de ahorro e inversión para la vejez, en especial en las zonas rurales. Las personas mayores confían en que sus hijos van a cuidar de ellos en su vejez, y por lo tanto tienden a tener más hijos como una forma de diversificación del riesgo. Según Galasso, Gatti y Profeta (2009), los hijos representan uno de los mejores mecanismos de ahorro para la vejez en los países donde los mercados financieros no están tan desarrollados. Aplicado a Colombia, esto significaría que las regiones con mayores tasas de fecundidad tendrían una propensión de ahorro menor, dada su mentalidad de refugio económico en sus hijos a la hora de llegar a la vejez.

Aparte de la inversión en los hijos, el otro canal de ahorro importante de los colombianos es la vivienda, que representa cerca del 75 % del total de activos de los hogares. González y Gómez (2012), con métodos cualitativos, concluyen que la vivienda es para los colombianos la mejor forma de planear a futuro, y que prefieren no relacionarse con el sistema financiero para no poner en riesgo su propiedad. Estos hallazgos van en la misma línea de los del componente cualitativo de este estudio: la mayoría de los participantes en los grupos focales señala, como principales modalidades de ahorro, la vivienda propia y la crianza y educación de los hijos. Respecto a la vivienda, los análisis muestran que su propiedad es incluso más extendida entre las familias más pobres y vulnerables económicamente, en parte por la dificultad que para ellas representa el vivir en arriendo. La contrapartida de esta realidad es que las viviendas que poseen las familias más pobres suelen ser construcciones precarias, en muchos casos autoconstruidas, sin títulos formales de propiedad y por ende con pocas probabilidades de convertirse en fuente de ingresos. Una tarea necesaria, entonces, es impulsar programas de formalización de títulos de propiedad.

9.3. El mercado laboral y las personas mayores en Colombia

Más del 30 % de la población mayor de 60 años y el 7 % de más de 80 años aún trabaja. Estos porcentajes son superiores a los de los países avanzados. Aunque algunas personas mayores trabajan por el gusto de hacerlo, especialmente los profesionales con altos niveles de calificación, otras deben hacerlo por la falta de pensión o de ayuda familiar.

La Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del DANE, del año 2013, evidencia que en todos los grupos etarios las tasas de ocupación son mayores en los hombres que en las mujeres y en las zonas rurales que en las urbanas. Esas tasas de ocupación disminuyen con la edad y para ambos sexos se reducen más rápido en las zonas urbanas que en las rurales. Por ejemplo, mientras que la tasa de ocupación entre los 50 y los 59 años es del 85 % y del 93 % para los hombres en las zonas urbanas y rurales respectivamente, después de los 70 años el 58 % de los hombres en las zonas rurales aún trabaja, lo que contrasta con el 30 % de las zonas urbanas. Entre tanto, en el caso de las mujeres, las grandes diferencias entre las tasas de ocupación urbanas y rurales en las edades adultas jóvenes se reducen de manera sustancial entre las mayores. De hecho, para las mujeres de 60 años y más, las tasas de ocupación son prácticamente iguales, de alrededor un 21 %, tanto en las zonas urbanas como en las rurales.

Después de la edad de jubilación, las tasas de informalidad aumentan. Este fenómeno refleja la dificultad que tienen las personas mayores para ingresar o mantenerse en el sector formal, incluso en el caso de quienes formaron parte de dicho sector a lo largo de su vida laboral. La alta informalidad entre la población mayor también lo explica el nivel educativo de ese grupo poblacional, que en general es muy bajo: el 61 % no tiene ningún tipo de educación o no completó la primaria; el 23.8 % tiene primaria completa, el 2.5 % completó hasta noveno grado, solo el 5.6 % terminó el bachillerato y el 7.1 % tiene educación superior o más. Los bajos niveles educativos dificultan la inserción en el sector formal del mercado laboral.

En los análisis cualitativos se encontró que, en los grupos de bajos ingresos, la historia laboral de los entrevistados se caracteriza por la presencia de trabajos informales, de corta duración, inestables, con bajos salarios y sin

acceso a seguridad social. Dadas estas condiciones, aun después de la edad de jubilación, y a pesar de la disminución de la capacidad física, las personas mayores se ven obligadas a seguir insertas en el mercado laboral para conseguir su sustento y el de sus familias. Incluso algunos participantes de los grupos focales que lograron acceder a pensiones afirman que el monto de esta no es suficiente para cubrir sus gastos y que por lo tanto deben continuar trabajando en el mercado informal.

En cuanto a los ingresos, la evidencia del capítulo sobre el mercado laboral muestra que el 77.2 % de las personas de 60 años o más no recibe ingresos. En otras palabras, menos de una de cada cuatro personas mayores recibe ingresos. En promedio, mensualmente, las personas de 60 a 69 años ganan 664.000 pesos por ingresos laborales, 255.000 por ingresos no laborales (subsidios, ayudas familiares) y 230.000 pesos por concepto de pensiones. Es importante resaltar que la participación de los ingresos por pensiones, si bien aumenta con la edad, no lo hace suficientemente como para superar los ingresos no laborales.

Pese a los bajos ingresos de las personas mayores, el análisis de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2010 muestra que sus aportes económicos son cruciales en el presupuesto de las familias colombianas. El 24 % de las personas mayores asume la totalidad de los gastos de la vivienda (casa) y un 34 % el total de los gastos de ropa del hogar. El 61 % de las personas mayores tiene una o más personas que dependen de sus ingresos.

La disminución de los ingresos laborales no siempre se percibe como un deterioro de las condiciones económicas. Los resultados cualitativos muestran que las personas tienen percepciones disímiles respecto a su situación económica en comparación con la que tenían en su juventud: un poco más de la mitad de las referencias de las personas mayores en los grupos focales de ingresos medios y altos son de mejoría en la situación económica, asociada a que ya no tienen personas dependientes a su cargo, a que lograron acceder a mejores trabajos al final de su vida laboral, adquirieron activos como vivienda y bienes muebles, pusieron en marcha negocios en compañía de familiares cercanos o reciben ingresos por pensiones.

Es interesante constatar que, a diferencia de los ingresos laborales, los ingresos no laborales son mayores en las mujeres que en los hombres. Una hipótesis que podría explicar este fenómeno es que las mujeres reciben más

ayuda de sus familiares, sobre todo de sus hijos, y que también son beneficiarias de los subsidios del Estado que, en su mayoría, se destinan a ellas.

Las medidas que se deben adoptar para mejorar la situación laboral y económica de las personas mayores, y sobre todo para garantizar su permanencia en el mercado laboral formal y evitar que migren hacia las actividades informales, son varias. Si bien el número de personas mayores de 60 años que hace parte del mercado laboral formal es poco representativo[2], es necesario impedir que estas cifras sean mayores, y en especial que otras generaciones que hacen parte del mercado laboral caigan en la informalidad. Algunas iniciativas internacionales podrían implementarse en Colombia para estimular la permanencia de las personas mayores en el mercado laboral formal y aprovechar su experiencia, que constituye su ventaja comparativa con respecto a otros grupos etarios. Al respecto la OIT propone medidas que, si bien están dirigidas a los países industrializados, donde los niveles de informalidad son mucho menores, y la calidad y la cobertura de la educación son mejores, pueden servir como punto de partida. La primera recomendación consiste en implementar leyes de igualdad de edad que garanticen las mismas oportunidades en el reclutamiento y en las condiciones de empleo que se ofrecen. Canadá, Japón, Australia y algunos países miembros de la Unión Europea ya han adoptado este tipo de leyes, específicamente dirigidas al grupo de personas mayores, para prohibir la discriminación por la edad. Medidas de esta índole podrían ajustarse a las condiciones particulares del mercado laboral colombiano. Para el futuro desarrollo de leyes en esta área, la OIT sugiere enfocarse en la discriminación indirecta: que se permita a las personas mayores, por ejemplo, acordar arreglos de jornadas laborales que les den la posibilidad de armonizar sus responsabilidades familiares y de trabajo. La segunda recomendación es sobre los ambientes laborales: por el deterioro que sufren las personas mayores en sus capacidades físicas, estos ambientes son de especial importancia. Las medidas incluyen evitar los esfuerzos intensos, como por ejemplo permanecer largos periodos de pie, inclinados o cargando materiales pesados, y también reducir las vibraciones o ruidos. La tercera estrategia consiste en reducir las

2 La tasa de informalidad de las personas mayores de 60 años en las zonas urbanas es de un 72.5 % para los hombres y del 84.3 % para las mujeres. En las zonas rurales la tasa es del 55.3 % y del 87.7 % para hombres y mujeres, respectivamente.

jornadas de trabajo, extender las licencias remuneradas, limitar el trabajo en las noches y fines de semana y promover contratos de trabajo flexibles (de medio tiempo, por ejemplo). Finalmente están las medidas relacionadas con los salarios, frente a los cuales se recomienda crear sistemas de remuneración adaptados a las necesidades de las personas mayores. Estos incentivos incluyen un sistema de pagos basado no solo en la velocidad del desempeño, sino en la experiencia, y en el pago por tiempo y no por resultados (Ghosheh, Lee y McCann, 2006). Sin embargo, frente a estas recomendaciones hay que tener cautela: políticas bien intencionadas pueden tener efectos contraproducentes y hacer más difícil y costoso para las empresas contratar personas después de cierta edad, lo que eventualmente podría fomentar la informalidad o el desempleo, en detrimento de las condiciones de vida de las personas a las que se quiere apoyar.

9.4. Servicios de salud y necesidades de cuidado

Según las estimaciones realizadas a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) del 2012, el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha logrado, desde su puesta en marcha y hasta la fecha, una afiliación y un acceso (consulta ante una necesidad) casi universal entre las personas mayores: el 94 % y el 95 %, respectivamente, al mismo tiempo que ha alcanzado una protección financiera alta (solo el 2 % de pagos del propio bolsillo por servicios). Por tanto, puede decirse que las personas mayores están protegidas financieramente ante eventos en salud y que tienen acceso a los servicios cuando los necesitan. Sin embargo, aún hay un 6 % que no está asegurado y un 1.5 % que no consulta porque no confía en la calidad de la atención. Los problemas de calidad se corroboraron con los grupos focales en el estudio cualitativo: allí los participantes manifestaron que no les interesa estar afiliados, porque sienten que el sistema no responde a sus necesidades ni se interesa por su salud.

Al revisar los determinantes de la salud y los factores de riesgo de la población de 60 años o más, encontramos que el 72 % no hace suficiente ejercicio. La encuesta no registra las cantidades de alcohol que se consumen, que es el principal factor de riesgo para algunas enfermedades crónicas, pero sí indica que en promedio el 27 % de los hombres de 60 años o más consumen alcohol al menos una vez a la semana. El consumo de cigarrillo disminuye rápidamente

con la edad y la evidencia revela que ha caído en todos los rangos de edad. Aun así, el 22.9 % de los mayores de 60 años fuma y el 42 % fumó alguna vez, lo que indica que aún hay mucho espacio para disminuir la incidencia de enfermedades asociadas al consumo de cigarrillo, de alcohol y a la falta de ejercicio físico.
La evidencia es consistente en mostrar los beneficios del ejercicio sobre los factores de riesgo asociados con enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular, y el efecto negativo del consumo de cigarrillo y su incidencia en la enfermedad coronaria, el cáncer y las enfermedades respiratorias. Estas enfermedades están entre las primeras cinco causas de morbilidad y mortalidad en los mayores de 60 años.

El perfil de morbilidad de la población de 60 años o más no difiere mucho del de otros países. Hoy en Colombia, como en los países desarrollados, las enfermedades crónicas son la principal causa de morbilidad y mortalidad.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica de mayor incidencia en las personas mayores. A partir de los 45 años, la prevalencia de hipertensión arterial se incrementa drásticamente: pasa del 5.1 % en las personas de 40 a 45 años, al 22 % en la población entre 45 y 55 años y al 44.1 % en los mayores de 80 años. Esto quiere decir que la probabilidad de que las personas de más de 80 años presenten hipertensión es cerca de nueve veces más que la de aquellos entre 40 y 45 años. Este fenómeno reviste particular importancia en la medida en que la hipertensión y sus complicaciones pueden ser prevenidas, y en que la hipertensión puede acarrear problemas severos de discapacidad, particularmente por accidentes cerebrovasculares y enfermedad renal crónica, esta última con grandes costos para el sistema de salud.

Después de la hipertensión, la artritis, la diabetes y las afecciones cardiovasculares son las enfermedades que más afectan a los mayores de edad. Estas últimas y los accidentes cerebrovasculares son la principal causa de muerte en las personas mayores y responden por el 21 % y el 9 % de las muertes, respectivamente. El impacto de la diabetes y de la mayoría de las afecciones cardiacas es prevenible con hábitos de vida saludables, y los accidentes cerebrovasculares son en gran medida causados por hipertensión arterial, también prevenible y controlable.

Es importante concentrar la atención en la captación temprana de personas con hipertensión arterial, hipercolesterolemia (elevación en los niveles del colesterol) y diabetes. Es recomendable profundizar el piloto que se está

implementando en el país sobre los mecanismos de pago por desempeño y extenderlo al control de estas condiciones médicas. En paralelo, es indispensable hacer seguimiento al control del sobrepeso y la obesidad y promover el ejercicio entre los mayores de 60 años. Se sugiere explorar la posibilidad de ampliar el pago por desempeño hacia estas acciones y las medidas en torno a gravámenes, que han mostrado muy buenos resultados en varios países. Además, la captación temprana de los individuos que presentan factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y renales debe enfocarse en la población de 18 a 45 años. La atención sobre este grupo poblacional es escasa. Hay programas de atención a la niñez, materno-infantil, de control de enfermedades infecciosas y de transmisión sexual y de alto costo, pero no hay programas específicos de prevención que se orienten a la población de 18 a 45 años, quizás porque se supone que es la más sana. En estas edades se van gestando los hábitos de vida que aumentan la presencia de los factores de riesgo que más adelante se manifiestan como enfermedades crónicas. Disminuir el impacto de estas enfermedades en la discapacidad y la calidad de vida dependerá de que se implementen modelos de atención que privilegien la promoción y la prevención de la salud, y la captación temprana de diabéticos, hipertensos y personas con riesgo de enfermedad cardíaca.

Lo anterior exige un cambio profundo del modelo de atención que prevalece en el país, hacia uno en el cual se incremente la capacidad resolutiva del nivel de baja complejidad y las personas tengan un médico de familia o general, quien coordine un grupo interdisciplinario que, entre otras acciones, conozca el perfil de riesgo de los grupos y el estado de salud de sus miembros. En este modelo de atención, la consulta por especialista debería ser la excepción y no la regla y el monitoreo y el control, prioritarios y rutinarios. Los retos para lograr introducir este modelo son enormes. Algunos se discuten brevemente en el documento.

Persisten las diferencias en el perfil de morbilidad entre mujeres y hombres y entre zonas rurales y urbanas. En general las mujeres reportan una mayor carga de morbilidad y una mayor cantidad de problemas de salud. La brecha aumenta con la edad. Por otro lado, algunas enfermedades presentan diferencias de prevalencia importantes entre las zonas urbanas y las rurales en la población mayor de 60 años: diabetes, problemas cardiacos, cáncer y enfermedad renales. Esto podría deberse en parte a que en el campo se tienen mejores hábitos de

vida, pero más probablemente a un subdiagnóstico en las zonas rurales por el menor acceso a los servicios de salud, lo que obliga a las personas con estas enfermedades a trasladarse a las zonas urbanas para recibir atención.

Las brechas rurales y urbanas dan cuenta de un modelo de salud que no cobija a la población rural, en particular en las áreas de población dispersas. El país viene trabajando en un modelo de salud diferencial, con estrategias específicas para llegar a esa población. Se debería continuar en esa dirección.

Como se destaca en todos y cada uno de los capítulos del presente estudio, el proceso de envejecimiento de la población colombiana que tendrá lugar en las próximas décadas va a requerir notables ajustes en los sistemas de pensiones, cuidado, protección social y salud. En el caso particular del sistema de salud, nuestras estimaciones indican que, por el solo cambio demográfico, el gasto en salud en el régimen contributivo y subsidiado por prestaciones en salud en el POS (sin incluir recobros ni gastos administrativos de las EPS) va a aumentar un 98 % de hoy al 2050, lo que equivale a un incremento del gasto per cápita del 47 %. Esto contando con que los perfiles de morbimortalidad y los patrones de consumo y uso de tecnología permanecen iguales. Si además asumimos que estos factores cambian, y que continúan creciendo a las tendencias históricas observadas, para el 2050 este gasto será entre 2.3 y 4.3 veces más alto que el actual. Esto suponiendo que los recobros se estabilizan y que no continúan creciendo a las tasas históricas de la última década. Con un escenario de crecimiento del PIB del 4.5 % anual, el gasto en atención en salud del régimen contributivo y subsidiado (es decir, excluyendo el gasto directo público, los regímenes especiales y el gasto privado) se mantendría estable alrededor del 3.5 % actual. Si por el contrario, las tecnologías no incluidas en el POS crecen a las tasas registradas entre el 2004 y el 2013, el incremento en el gasto, solo por el componente de aseguramiento del régimen subsidiado y contributivo, puede llegar al 4.8 %, del PIB. Si los demás gastos en salud mantienen su participación actual en el PIB (3.5 % en total), es posible que el gasto total ascienda hasta un 8.3 % del PIB.

Por el envejecimiento de la población, el país va a tener que enfrentar un incremento de las enfermedades crónicas y un aumento del gasto en salud en los próximos años. La prevención de ciertas enfermedades crónicas y de alto costo es una prioridad. Nuestra recomendación es que el país se embarque en

un programa de educación en salud y en un modelo de atención que promueva la prevención. Una población adulta más sana no solo incrementa la expectativa de vida, sino que, aunque parezca paradójico, genera menores costos al sistema de salud: el aumento en los costos por una mayor expectativa de vida en una población más sana es inferior al costo de una población que vive menos pero que anualmente gasta más.

La evidencia internacional muestra que el nivel educativo juega un papel importante en la percepción que tienen las personas de su capacidad de modificar su estado de salud. Es indispensable avanzar en estrategias para llegar de manera efectiva a la población con educación en el cuidado de la salud desde temprana edad. El logro generalizado de este propósito se hace más difícil por cuenta de la distribución de las competencias de promoción y prevención delegadas en los municipios, pero no por ello es menos importante.

El país se está embarcando en un esquema en el que es difícil limitar el gasto en salud, pues la ley estatutaria ha sido clara en que no se pueden negar prestaciones a menos que sean inefectivas o cosméticas. En este escenario, es posible que el gasto aumente muy por encima de lo proyectado. Si las tendencias en el cambio tecnológico, las frecuencias de uso, las tendencias en precios y el perfil de morbimortalidad mantienen la senda de crecimiento que vienen presentando, el gasto en seguridad social puede alcanzar niveles insostenibles. Mucho dependerá de si el nivel de crecimiento económico puede superar el crecimiento del gasto en seguridad social en salud. El mayor riesgo de este incremento en el gasto en atención en salud es que este desplace al gasto público directo en programas de salud pública y la inversión en red hospitalaria pública. El país debe buscar mecanismos para asignar de manera eficiente y equitativa los recursos en salud y evitar una senda de crecimiento no sostenible. La comunidad médica jugará un papel central en el logro de un gasto eficiente y sostenible. La autorregulación sobre la prescripción, definición de esquemas transparentes de filas para obtener servicios no prioritarios y esquemas de pago en los que el riesgo financiero sea compartido entre el asegurador y el prestador son algunas iniciativas que han aplicado otros países en contextos de planes de beneficios con pocas limitaciones.

La mayor longevidad asociada al proceso de envejecimiento y los patrones de morbilidad de la población colombiana, con una mayor prevalencia

de enfermedades crónicas en las personas mayores, derivan en limitaciones funcionales que generan algún tipo de dependencia, lo cual incidirá en un aumento de la demanda para el cuidado de enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades de la población mayor en la próxima década. Por tanto, el envejecimiento no solo tiene fuertes implicaciones para el sistema de salud, sino también para la prestación de servicios de cuidado.

En ausencia de servicios de cuidado públicos debido a sus altos costos, o a la falta de tradición institucional y comunitaria del cuidado, los familiares que tienen personas mayores a cargo, especialmente las mujeres, asumen la tarea y enfrentan serios problemas para conciliar sus responsabilidades laborales con las familiares. El cuidado familiar es un rol que principalmente lo desempeña la mujer. Por lo tanto, el cuidado, como un obstáculo para acceder a trabajos remunerados, les causa mayores dificultades a las mujeres de los hogares pobres, que tienen menores niveles de educación, un mayor número de personas a su cuidado y recursos limitados para recibir ayuda externa con una mínima parte de la carga del cuidado.

A pesar de que Colombia cuenta con un marco legislativo que busca visibilizar y poner en la agenda pública la economía del cuidado (Ley 1413 del 2010), y que además ordena la puesta en marcha de una Encuesta Nacional del Uso del Tiempo de manera periódica, no existen estudios o encuestas de representatividad nacional que den cuenta de (1) la estructura estratificada de demanda y oferta del cuidado en contextos urbanos y rurales y desagregado por nivel socioeconómico y (2) las proyecciones sobre las necesidades de cuidado de la población colombiana a la luz del envejecimiento demográfico y las enfermedades que la aquejarán. Se requiere con urgencia que se adelanten este tipo de estudios, más aún ante el acelerado proceso de envejecimiento que vive el país.

La poca información existente indica que los servicios especializados de cuidado son incipientes en el país, tanto en número de establecimientos como en cobertura y calidad de los servicios. Según el análisis cualitativo de las entrevistas de esta investigación, el cuidado a domicilio provisto por empresas existe solo en las zonas urbanas, lo que evidencia un régimen de cuidado insuficiente, con ofertas de servicios de cuidado, diferentes a las del Estado o la familia, dispares e incipientes. Pero existe una oferta institucional pública de cuidado administrada con recursos provenientes de la estampilla establecida en la Ley 1276 del 2009

que, si bien fue mencionada por los entrevistados, de nuevo aparece como una alternativa insuficiente y geográficamente restringida a las zonas urbanas, lo que acrecienta la vulnerabilidad de los mayores que habitan en las zonas rurales. Más aún, los resultados de los grupos focales dan cuenta de una sensación de descontento con la deficiente calidad de los centros públicos y con los precios del servicio en los llamados hogares privados.

La concentración del cuidado en la familia, sumado a las proyecciones que indican una mayor participación de la mujer en el mercado laboral, sin olvidar el proceso de envejecimiento de la población colombiana, resalta la importancia de ampliar el portafolio de servicios de cuidado y de reorganizar las fuentes de cuidado existentes en el país. Dicha reorganización social del cuidado implicará una corresponsabilidad de las familias, el Estado y el mercado de servicios privados para generar una oferta de una manera coordinada, eficiente y equitativa. Para esto es indispensable la formulación y puesta en marcha de políticas públicas encargadas de guiar, mediante apoyos, regulaciones e incentivos, la organización social del cuidado en el país empleando un enfoque de género.

Se requiere el liderazgo del Estado en la estructuración de un programa nacional de aseguramiento del cuidado, a precios que los adultos jóvenes, de todos los estratos sociales, puedan costear y exigir sus servicios, por ejemplo, a partir de la edad legal de jubilación. La experiencia de seguros de dependencia o de cuidado a largo plazo que han sido implementados en Japón o Alemania pueden ajustarse y adaptarse al contexto nacional.

La provisión y el desarrollo de servicios de cuidado no pueden ser vistos como obligaciones exclusivas del Estado. Para lograr la cobertura, calidad y oportunidad adecuada, se sugiere que el Estado, encargado de formular y ejercer las políticas públicas relativas al régimen de cuidado del país, considere la creación de incentivos, regulaciones y modificaciones para que la oferta de cuidado del mercado de servicios se amplíe, procurando satisfacer los estándares de calidad y cobertura requeridos. En todo caso, la competencia entre los proveedores privados debe ser vigilada y regulada por entidades públicas para garantizar cobertura y calidad, y también para incentivar la extensión del portafolio de servicios especiales que muchas familias estarían dispuestas a pagar. Se recomienda, además, que el Estado proporcione servicios de respiro o apoyo al cuidador, de tal manera que se alivie la "carga" y se logren modificar las

percepciones negativas que se tienen del cuidado. El que se presta a domicilio, las redes de apoyo a los cuidadores en la familia y los servicios terapéuticos al cuidador son ejemplos del tipo de soportes que el sector público podría propiciar. Un ejemplo de esto es el caso de Estados Unidos que, mediante el Programa Nacional de Apoyo a Familias Cuidadoras del Departamento de los Estados Unidos para la Salud y los Servicios Humanos, ofrece recursos económicos y apoyo a los programas de asistencia a familias y cuidadores informales encargados de proveer el cuidado de largo plazo a personas en estado de dependencia crónica (National Family Caregiver Support Program, 2015).

Por otra parte, es importante considerar una mayor especialización del cuidado, toda vez que, dada la mayor longevidad y los patrones de morbilidad, las necesidades básicas e instrumentales que se requerirán serán cada vez más específicas. En el caso de los cuidadores formales, si bien se han iniciado en el país procesos de cualificación con los programas del SENA, es importante ampliar la oferta educativa en la materia y así generar un lineamiento más integral, pero no solo en la formación, sino en la formalización, remuneración y reglamentación de este trabajo. En el caso de los cuidadores informales, quienes en su mayoría son familiares o allegados al solicitante, se sugiere que reciban procesos de cualificación para sobrellevar las demandas de cuidado, además de espacios para el intercambio de las experiencias vividas en el ejercicio de su cuidado que además faciliten la formación de redes de apoyo.

Por último, es necesario reconocer que la presencia de personas mayores en los hogares no necesariamente se asocia a una "carga" o dependencia de la persona mayor. Estas son cuidadas y a su vez son cuidadores. Ellas juegan un rol decisivo como cuidadores de sus nietos, cónyuges, pares e incluso de sus padres. Este estudio evidencia que, en el caso de los cuidados básicos y médicos, las personas mayores brindan cuidado a adultos mayores (38 %), adultos (30 %) y niños (2 %); en lo que se refiere a los cuidados de entretenimiento, las cifras son de un 8 % a los adultos y de un 2 % a los niños. Por otra parte, los aportes económicos de las personas mayores son cruciales en el presupuesto de las familias colombianas: el 61 % de las personas mayores tiene una o más personas que dependen de sus ingresos; el 24 % asume la totalidad de los gastos de la vivienda (casa) y un 34 % costea el total de los gastos de ropa del hogar. En este contexto, el Estado y la sociedad deben desarrollar una cultura que supere los

estereotipos de la vejez y que promueva una imagen positiva de la misma, que rescate y aproveche el capital intelectual y cultural de las personas mayores.

9.5. Las personas mayores víctimas del conflicto armado

El conflicto armado colombiano ha tenido y continúa teniendo un impacto negativo sobre los civiles no combatientes, que son sus principales víctimas. De acuerdo con la Encuesta de Goce Efectivo de Derechos (EGED) 2013-2014 del DANE y la Unidad para las Víctimas, el 33 % de los hogares de población desplazada vive por debajo de la línea de la pobreza extrema, mientras que solo el 7.4 % de los hogares no víctimas están por debajo de esa línea. El 63.8 % de los hogares de población desplazada vive por debajo de la línea de la pobreza, mientras que solo el 25 % de los hogares no víctimas están por debajo de esa línea.

La población mayor víctima del conflicto armado no está preparada económicamente para dar respuesta a las necesidades de su vejez y de su envejecimiento. Adicionalmente, la población víctima entre 40 y 59 años, que llegará a la vejez en el corto y mediano plazo, se encuentra en una mayor desventaja para afrontar los retos de su envejecimiento cuando se la compara con la población que no ha sido afectada directamente por el conflicto armado. De un universo de víctimas de cerca de 7.2 millones de personas, el 9.3 % tiene 60 años o más y el 20.2 % entre 40 y 59 años. Son mayoritariamente mujeres las que han sufrido el desplazamiento forzado, el homicidio o la desaparición de algún familiar. Las tasas de ocupación y de informalidad son particularmente altas, en comparación con el promedio nacional, sobre todo en el caso de las mujeres, y la proporción de personas víctimas del conflicto armado que reciben alguna pensión o ingreso seguro es particularmente baja: solo el 1.6 % de los hombres y el 6.3 % de las mujeres reciben una pensión, muy por debajo del promedio nacional en ese grupo etario. En cuanto al programa Colombia Mayor, solo un 3 % de las personas que reciben sus beneficios están en situación de desplazamiento forzado. Además, los resultados cualitativos evidenciaron que las dos principales formas de preparación para vejez de las víctimas son la adquisición de vivienda y la educación de los hijos. Sin embargo, expresaron que cuando sufrieron los hechos victimizantes asociados al conflicto armado

perdieron los activos productivos que habían acumulado a lo largo de sus vidas, principalmente vivienda, tierras y animales, que eran sus medios de preparación económica para la vejez.

En cuanto a salud, el principal régimen al que se encuentran afiliadas las personas de 60 años o más víctimas de desplazamiento por el conflicto es el subsidiado. Los resultados cualitativos sobre los servicios de salud evidenciaron que la percepción de esta población sobre la calidad de los servicios no es positiva. En lo que se refiere a discapacidades y enfermedades crónicas, el 18.8 % de las personas en situación de desplazamiento presenta algún tipo de discapacidad y más de la mitad recibe algún cuidado; menos del 5 % tiene alguna enfermedad crónica y más de la mitad no recibe cuidado.

En los grupos focales se encontró que la familia es la principal fuente de cuidado por la falta de recursos económicos, y que esta dependencia tiene una connotación negativa, pues se la ve como una carga para la familia. Además de ser cuidadas, las personas mayores expresaron ser cuidadoras, principalmente de los padres, luego de los hijos, los nietos y sus cónyuges o compañeros permanentes.

La precaria preparación económica de la población mayor víctima del conflicto armado requiere una atención especial en razón de su peso demográfico, no solo por las cerca de 680.000 víctimas que actualmente son mayores, sino por los casi 1.5 millones de víctimas que llegarán a la vejez en el corto y mediano plazo. Dicho peso demográfico ofrece enormes retos a la reparación integral, a la estabilización socioeconómica y a la inclusión social de las víctimas mayores en un escenario de construcción de paz.

En respuesta a la difícil situación socioeconómica de la población víctima, los entes territoriales y el Gobierno nacional han desarrollado estrategias de orden económico, social, psicosocial, de acceso a la vivienda y a la salud y de restitución de tierras, entre otras, por medio de la Ley 1448 de 2011 de Víctimas y Restitución de Tierras. Aunque los beneficios del apoyo que brinda la Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas son evidentes, sobre todo en términos de acceso al régimen de salud subsidiada, es crucial que todos los programas desarrollados en el marco de la ley, pero también en el marco del desarrollo y la protección social, tengan particularmente en cuenta a la población mayor víctima debido a su alta vulnerabilidad económica. El lugar prioritario que deben ocupar las víctimas mayores en la oferta y en los programas sociales de toda índole no solo debe

ser cuantitativo, sino que debe responder cualitativamente a sus necesidades particulares y a las de sus familias. Algunos programas que focalizan su ayuda en la población víctima podrían crear beneficios especiales para la población víctima mayor. La estrategia Unidos, manejada por la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE), ofrece apoyo psicosocial y acceso preferencial a los servicios del Estado para las personas anotadas en el Registro Único de la Unidad de Víctimas, así como a la población en pobreza extrema según el Sisbén.

Programas de pensiones no contributivas como Colombia Mayor también deben dar acceso preferencial a la población víctima mayor. Debido a la pérdida de sus activos, entre ellos su vivienda y sus tierras, el acceso preferencial que hoy se da al universo de víctimas a programas como Vivienda Gratis del Ministerio de Vivienda se debería focalizar en las víctimas mayores. Se estima que las personas en situación de desplazamiento forzado representan actualmente el 72.5 % de los beneficiarios (Ministerio de Vivienda, 2014), así como que el programa da un acceso preferencial a las personas mayores víctimas del conflicto. Esto se debe mantener.

En términos generales, la ruta integral de atención, asistencia y reparación a las víctimas debe desarrollar de manera efectiva y completa el enfoque diferencial del envejecimiento y vejez en todas sus etapas y prestaciones.
Los procesos de restitución y de retorno deben priorizar a las personas mayores que sean elegibles, y brindar un acompañamiento efectivo para que los procesos sean exitosos y logren transformar las condiciones de vida de las personas. A su vez, el pago de las indemnizaciones debe dar prelación a las personas mayores y, dentro de ese grupo, a las víctimas de edades más avanzadas, en el entendido de que todas ellas deben tener derecho a disfrutar en vida de su reparación. En el plano de la atención psicosocial, tanto en las estrategias desarrolladas de manera independiente por la Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas, como en las desarrolladas en el marco del PAPSIVI, se deben incluir acciones y prestaciones dirigidas especialmente a las víctimas que en la actualidad son mayores, así como otras dirigidas al universo de víctimas que fomenten una percepción positiva y una preparación activa para la vejez en el marco de un proceso de construcción de paz.

Finalmente, tanto el Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH), como la Unidad para las Víctimas, fomentan y desarrollan acciones de participación

con un enfoque diferencial de envejecimiento y vejez. Las personas mayores de las actuales y de las futuras generaciones deben tener la posibilidad de contribuir a la construcción de los imaginarios del conflicto, a construir una memoria histórica que permita imaginar y consolidar la paz, así como a ser actores clave en la implementación, monitoreo y seguimiento de la Política de Atención, Asistencia y Reparación a las Víctimas.

9.6. Construcción de paz

La construcción de paz debe reconocer en las personas mayores, y en la población que envejece, las posibilidades y oportunidades a favor del desarrollo social y la construcción de una paz estable y duradera que es apropiada y materializada por las personas comunes y corrientes, por las familias y las comunidades que se reconcilian y viven de manera pacífica. La población mayor participante de la investigación se reconoce como actor de paz. Identifica, además, que mediante el diálogo y el intercambio entre generaciones puede promover e inculcar hábitos de paz, tanto en lo individual como en lo colectivo –en la familia y la comunidad–, y fortalecer las buenas actitudes, los buenos valores y el respeto hacia los demás. Las personas mayores señalaron a su vez que es importante reconocer que el intercambio de su conocimiento y de su experiencia con las personas más jóvenes de la sociedad puede promover la creencia y la esperanza en la paz, inculcar la ética para el trabajo, romper con los ciclos de violencia y superar el odio y perdonar.

Es necesario reconocer que los procesos de construcción de paz deben incluir acciones concretas de educación y de promoción de una cultura de paz, y que estas se deben dirigir a las personas comunes y corrientes, no limitarse al sistema educativo formal. Estas acciones deben producir impacto en otros espacios informales de educación: en la familia, el barrio, las organizaciones sociales y la comunidad en general. La educación para la paz a partir del diálogo y de los intercambios intergeneracionales no solo debe concentrarse en los espacios formales de encuentro entre las personas mayores y los más jóvenes, sino también en los espacios informales de intercambio: en el ámbito de la familia, en el barrio, en las organizaciones sociales, en los encuentros comunitarios. Los procesos e iniciativas de educación para la paz deben dotar de

contenido los hábitos de paz que las personas pueden poner en práctica en su vida cotidiana y enseñar a las personas más jóvenes de la comunidad. Más allá de las discusiones generales sobre la paz y la no violencia, las personas necesitan saber qué hacer y cómo responder ante situaciones de violencia y conflicto en la familia, en el barrio, en las organizaciones y en la comunidad.

Las personas que participaron en la investigación señalaron que uno de los principales aportes de las personas mayores a la construcción de paz es la puesta en práctica de hábitos de paz y su intercambio en espacios de diálogo y de encuentro entre ellas y con personas de otras generaciones.

Las personas mayores mencionaron también el fomento del respeto como un aporte importante a la construcción de paz: el respeto por los demás, por sus creencias, por su patrimonio y por sus derechos. El respeto fue considerado también en relación con la tolerancia, con la necesidad de reconocer el valor en las ideas, creencias y prácticas de los demás; con la necesidad de no responder ante las diferencias en forma violenta o agresiva. Los participantes en la investigación no le reconocieron importancia al rol de la justicia y de las autoridades de policía como mediadores en la solución de conflictos y en la prevención de su escalamiento en acciones violentas. Este es un aspecto que futuras acciones e investigaciones deben abordar con especial cuidado.

A partir de los hallazgos de la investigación documental y de los resultados del trabajo de campo, este estudio identificó ciertas recomendaciones orientadas a potenciar y cualificar el rol y los aportes de las personas mayores de las actuales y de las futuras generaciones en los procesos de construcción de paz. Se refieren en particular a los componentes de cultura y educación para la paz, desde una perspectiva de diálogo e intercambio intergeneracional en espacios formales e informales, especialmente en los contextos familiares, de las organizaciones sociales y de la comunidad en general.

9.7. Referencias bibliográficas

Acuña, R. (2015) *Cómo fortalecer los sistemas de pensiones latinoamericanos. Experiencias, lecciones y propuestas.* Tomo II. Santiago de Chile: SURA Asset Management.

Altintas, K. M. (2011). *The dynamics of financial literacy within the framework of personal finance: An analysis among Turkish university students.* African Journal of Business Management, 5(26), 10483-10491.

Barr, N. y Diamond, P. (2010). *Pension reform: A short guide.* Nueva York: Oxford University Press.

Bosch, M. (2015). *Comentarios al OECD economic survey: Colombia.* En Seminario Académico organizado por Fedesarrollo, la Universidad de los Andes y la OECD, Bogotá, Colombia.

ECV. (2013). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013.* Recuperado de: http://www.dane.gov.co/index.php/es/estadisticas-sociales/calidad-de-vida-ecv/87-sociales/calidad-de-vida/5399-encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-2013

Filgueira, F., y Espíndola, E. (2015). *Hacia un sistema de transferencias monetarias para la infancia y los adultos mayores: una estimación de impactos y posibilidades fiscales en América Latina.* Santiago de Chile: Cepal.

Galasso, V., Gatti, R. y Profeta, P. (2009). *Investing for the old age: pensions, children and savings.* International Tax and Public Finance, 16(4), 538-559.

Ghosheh, N., Lee, S. y McCann, D. (2006). *Conditions of work and employment for older workers in industrialized countries: Understanding the issues.* Ginebra: International Labour Office.

González, E. G., y Gómez, N. Z. (2012). Las capacidades financieras de la población colombiana. Bogotá: Banco de la República.

Goñi, E., López, J. H., y Servén, L. (2011). Fiscal redistribution and income inequality in Latin America. World Development, 39(9), 1558-1569.

Guataquí, J. C., Rodríguez, M. y García, A. F. (2009). Ahorro para el retiro en Colombia: patrones y determinantes. Serie Documentos de Trabajo, 72.

Moller, L. C. (2012). Fiscal policy in Colombia: Tapping its potential for a more equitable society. World Bank Policy Research Working Paper, 6092.

National Family Caregiver Support Program. N.p., n.d. Web. 09 Sept. 2015. Recuperado de: http://www.aoa.acl.gov/AoA_Programs/HCLTC/Caregiver/

OECD. (2015). OECD economic surveys: Colombia 2015, OECD Publishing. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-col-2015-en

OIT. (2010). *Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe.* Ginebra: ILO.

Swedberg, J. (2002, marzo). *More than small change.* Credit Union Management, 25(3), 10.

10.

Anexo metodológico

Este estudio usa métodos mixtos. En la parte cuantitativa se hicieron análisis descriptivos a partir de datos secundarios provenientes de encuestas de hogares a escala nacional, y con desagregaciones por sexo, grupos etarios, nivel socioeconómico y tipo de familia, entre otros. Adicionalmente, en el capítulo de preparación económica y retos del sistema de salud, se hicieron algunas modelaciones. Las cuales permitieron, entre otros, evaluar diferentes escenarios en los temas de cobertura pensional y evolución de los gastos en el SGSSS. En la parte cualitativa se realizaron grupos focales con personas de 60 años o más, en tres regiones, divididos en grupos de hombres y mujeres; y grupos mixtos con personas de 40 a 60 años, en áreas rurales y en Bogotá. También se hicieron entrevistas a profundidad con expertos y estudios de caso en lugares donde la violencia o el conflicto estaban o están presentes. El primer objetivo del uso de los métodos mixtos es complementar el análisis cuantitativo y entender los procesos y las percepciones de las personas mayores en los diferentes temas.

10.1. Metodología cuantitativa

En la metodología cuantitativa se utilizan datos secundarios provenientes de diferentes encuestas de hogares como: la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2012, la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2012, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 y 1990 y la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012.

Estas tienen representatividad nacional, de las grandes regiones (Antioquia, Valle, Atlántico, Pacífica, Central y Oriental), y en las áreas urbana y rural. A continuación se presenta la descripción del universo, el diseño de la muestra, la representatividad y el número de observaciones de las bases de datos utilizadas para el análisis cuantitativo:

Tabla 1
Universo, diseño de la muestra, representatividad estadística y número de observaciones de las bases de datos utilizadas

	Universo	Diseño de la muestra	Representatividad	Número de observaciones
Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2013	Población civil no institucional que reside en todo el territorio nacional	Probabilístico, estratificado, multietápico, de conglomerados	Representatividad estadística nacional, de las grandes regiones (Antioquia, Valle, Atlántico, Pacífica, Central y Oriental), de cabeceras (área metropolitana, área urbana y cabecera municipal) y del resto (centros urbanos, caseríos, inspecciones de policía, corregimiento municipal y área rural dispersa).	73.300 individuos y 9.115 personas mayores
Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (2012-2013)				148.492 individuos y 17.892 personas mayores
Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010		Probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico		50.000 hogares y 17.574 personas mayores
Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990		Se utilizó una submuestra de la Muestra Maestra Nacional (MMN) diseñada por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), la cual tuvo como base el censo de 1985 y fue actualizada a finales de 1989	La submuestra fue implementada para tener representatividad en las trece subregiones	8.615 hogares
Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2012		Probabilístico	Representatividad nacional de cabeceras y resto y total para cinco regiones: Bogotá, región Atlántica, Oriental, Central y Pacífica	49.707 y 5.919 personas mayores
Red Nacional de Información (RNI)	Víctimas que han sido reconocidas legalmente en el país por el Registro Único de Víctimas (RUV) hasta el 1 de noviembre de 2014	N/A	N/A	649.103 personas mayores
CUBO Suficiencia (2010 y 2012)	Universo reportado por las EPS			24.341.017 usuarios y 5.040.531 personas mayores
Base Única de Afiliados (BDUA) 2010 y 2012	Universo de todos los afiliados al SGSSS plenamente identificados			Contributivo a 2012: 2.343.933 personas mayores
Base de Mortalidad (2012)	Universo de las defunciones ocurridas en el territorial nacional cada año calendario			199.765 individuos. 118.309 adultos de 65 años o más

Fuente: Elaboración propia a partir de Metodologías de las encuestas (DANE).

Tabla 2
Variables y desagregaciones utilizadas de la ECV 2013, por capítulo

Base de datos	Capítulo	Variables	Desagregación
ECV 2013	Laboral	Actividad principal, tasa de ocupación, número de horas trabajadas, tasa de informalidad, tasa de desempleo e ingresos laborales, no laborales y por pensiones	Por grupos etarios (10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, de 60 años o más o de 70 años o más), sexo, área rural y urbana, estructura familiar y nivel educativo como proxy del nivel socioeconómico
	Víctimas	Actividad principal, tasa de ocupación, tasa de informalidad, ingreso por concepto de pensión, cotización a pensión, ingreso por concepto de Colombia Mayor, más la variable de condición de desplazamiento	Por grupos etarios (10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, de 60 años o más o de 70 años o más) y/o sexo
	Protección económica para la vejez	Ingresos por concepto de pensión, monto y régimen al cual cotiza. En la sección de Colombia Mayor: estado de la vivienda, educación del jefe de hogar, afiliación al régimen de salud, propiedad de la vivienda y actividad laboral para hogares con personas mayores con educación básica primaria o ninguna, diferenciados por ser beneficiarios del subsidio de Colombia Mayor	Por área, sexo, educación, edad y/o población ocupada
	Ahorro e inversión	Nombre de quien está en las escrituras del hogar	Por edad, sexo y área
ENUT (2012-2013)	Cuidado	Variables relacionadas con la distribución del uso del tiempo de las personas mayores, así como el tipo de cuidado que dan y reciben, por quiénes son cuidados y a quiénes cuidan ellos	Por sexo y área
ENDS 2010	Laboral	Gastos de la vida diaria del hogar y número de personas que dependen de la persona mayor	Por sexo
	Proceso de envejecimiento	Composición del hogar, número de miembros y sus respectivas edades	Por área urbana y rural
	Protección económica para la vejez	Contribución a los gastos del hogar de la persona mayor	Por hogares donde alguna persona mayor recibe subsidio del Gobierno (Colombia Mayor)

Base de datos	Capítulo	Variables	Desagregación
ENDS 1990	Proceso de envejecimiento	Composición del hogar, número de miembros y sus respectivas edades	Por área urbana y rural
ELPS 2012	Víctimas	Régimen de salud al cual está afiliado, situación de discapacidad y situación de enfermedad crónica	Por sexo
	Protección económica para la vejez	Razones para no cotizar al sistema pensional e incentivos para cotizar a un monto mayor de pensiones	Por grupos de edad (10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 60 años o más o 70 años o más)
	Ahorro e inversión	Cobertura de gastos en los hogares, preparación económica para la vejez y acumulación de activos en los hogares	Por área, sexo del jefe de hogar, educación del jefe de hogar y hogares con personas mayores
	Salud	Afiliación al SGSSS, tipo de régimen, incidencia de enfermedades, forma de financiación de los problemas de salud, cubrimiento de medicamentos, hábitos de ejercicio, consumo de alcohol y tabaco, entre otros	Por sexo, área y grupos etarios
RNI	Víctimas	Hechos victimizantes	Por departamento y sexo
CUBO Suficiencia (2010 y 2012)	Salud	Valor de la atención, número de atenciones y de usuarios	Por sexo, edad, año, código del servicio, tipo de enfermedades por clasificación CIE-10 y tipo de atención
Base Única de Afiliados (BDUA) 2010 y 2012		Número de afiliados	Por sexo, edad y tipo de régimen
Base de Mortalidad (2012)		Nacidos muertos y nacidos vivos que fallecen	Por sexo, causa de defunción, año y edad

Fuente: Elaboración propia.

Debido a que en la ECV no existe una variable que permita identificar a las personas víctimas de desplazamiento,esta se construyó a partir de las siguientes preguntas:
I) ¿Siempre ha vivido en este municipio?: no. II) Antes de venir a este municipio vivía en: otro municipio. III) ¿Cuál fue la razón principal para cambiar su residencia al municipio actual?: amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia.

Las variables de mercado laboral: ocupados, desocupados, informalidad, inactivos, PET y PEA se crearon según las definiciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Los ocupados son las personas que se encontraban en alguna de las siguientes situaciones:
I) trabajó por lo menos una hora remunerada en dinero o en especie en la semana de referencia; II) los que no trabajaron en la semana de referencia, pero tenían un trabajo; III) trabajadores familiares sin remuneración, que trabajaron en la semana de referencia por lo menos una hora. La definición de informalidad está compuesta de:
I) los empleados particulares y los obreros que trabajan en establecimientos, negocios o empresas que ocupan hasta cinco personas en todas sus agencias y sucursales, incluyendo al patrono y/o socio; II) los trabajadores familiares sin remuneración; III) los trabajadores sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares; IV) los empleados domésticos; V) los jornaleros o peones;
VI) los trabajadores por cuenta propia que trabajan en establecimientos de hasta cinco personas, excepto los independientes profesionales; VII) los patrones o empleadores en empresas de cinco trabajadores o menos; VIII) se excluyen los obreros o empleados del Gobierno. Finalmente, la PET está compuesta por las personas de doce años y más en las zonas urbanas y diez años y más en las zonas rurales, y la PEA está conformada por las personas en edad de laborar, que trabajan o están buscando empleo.

10.2. Metodología cualitativa

> *Por su parte, Creswell (1998, pp. 15, 255) considera que la investigación cualitativa es un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas –la biografía, la fenomenología, la teoría fundamentada en los datos, la etnografía y el estudio de casos– que examina un problema humano o social. Quien investiga construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio en una situación natural.(Vasilachisde Gialdino, 2006, p. 24)*

10.2.1. Descripción general

Se escoge la investigación cualitativa como uno de los métodos de estudio de este proyecto porque por sus características es posible responder los principales interrogantes (Anexo 1); establecer cómo cambian los procesos sociales y sus dinámicas de acuerdo al contexto en el que se desarrollan. La investigación cualitativa, además, es flexible a los intereses del investigador y se puede adaptar al contexto que se estudia. En este proyecto, la investigación cualitativa permite determinar cuáles son las diferentes interpretaciones que se tienen del mundo social, es decir, cómo es comprendido, experimentado y producido. Por último, la manera en que los resultados se analizan y se explican se basan en el detalle y en el contexto de donde surge la información (Vasilachis de Gialdino, 2006).

La investigación usó tres estrategias principales: grupos focales, estudios de caso y entrevistas a profundidad. Estas estrategias se complementan entre sí, y también con los resultados del análisis cuantitativo, lo que afianza su validez y confiabilidad, fortalece las conclusiones y permite hacer recomendaciones de política para mejorar las condiciones presentes y futuras de las personas mayores en el país.

10.2.2. Descripción de las estrategias

10.2.2.1. Grupos focales

Estos grupos se realizan en zonas estratégicas definidas desde el principio de la investigación. Son focales, porque concentran toda su atención en el objetivo de estudio. La idea es ganar en el proceso la confianza de las personas para poder obtener su opinión y generar así una discusión que enriquezca la investigación.

Una de las características más sobresalientes de los grupos focales es la diversidad de experiencias y convicciones de las personas en relación con determinado tema.

Para esta investigación se conformaron grupos pequeños de personas,moderados por alguien que se encargaba de guiar la discusión.

La función de quien modera es encauzar las opiniones de los participantes para evitar que se desvíen del tema de interés y poder así extraer la información clave que se necesita para el estudio. El tamaño reducido de los grupos facilita la interacción entre sus participantes y los hace sentir libres de hablar: surgen actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones que con otros métodos no sería fácil de lograr (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2009).

En esta investigación, los grupos focales son una herramienta útil para entender las experiencias, dificultades, percepciones y expectativas de las personas mayores respecto a las dimensiones principales del estudio. Estos se hicieron en tres regiones de Colombia, y se incluyó un municipio urbano (la capital del departamento) y uno rural. Algunos grupos se dividieron por sexo para facilitar la interacción de los participantes e identificar diferencias relevantes entre hombres y mujeres; también se conformaron grupos mixtos de 40 a 60 años en las áreas rurales y en Bogotá, además de los grupos focales de personas mayores de altos ingresos y población desmovilizada[1].

1 Para consultar los atributos de cada uno de los grupos focales, ver el Anexo 4.

10.2.2.2. Entrevistas a profundidad

Para las entrevistas a profundidad se seleccionó a un experto en determinado tema, que respondía a las preguntas previamente establecidas por el equipo de investigación. Estas preguntas se orientaban a obtener la mayor información posible y en profundidad de las opiniones del experto, de sus percepciones y experiencias. Se entrevistaron funcionarios del gobierno y la población en general en el ámbito local para conocer la operación y el contexto de los programas dirigidos a las personas mayores. Estas entrevistas sustentan también las recomendaciones que se hacen al final de cada capítulo.

10.2.2.3. Estudios de caso

Esta herramienta fue útil para analizar los problemas de ciertos entornos sociales.En este caso se concentró en los lugares donde la violencia y el conflicto habían estado o estaban más presentes, y así poder obtener los testimonios de las personas que han vivido estas experiencias.

10.2.3. Proceso de recolección de campo

10.2.3.1. Definición de los lugares

En la selección de las regiones para el estudio cualitativo se partió de un listado de ciudades definido por la Fundación Saldarriaga Concha, de acuerdo a la presencia de sus programas: Bogotá, Pasto, Villavicencio, Montería, Quibdó, Medellín. Las seis ciudades fueron agrupadas en tres tipos, como se presenta en la Tabla 3: un primer tipo, denominado "mangos bajos", donde, por las condiciones socioeconómicas, la implementación de programas y políticas dirigidas a la población de personas mayores pudiera ser relativamente más fácil o efectiva por la existencia de unas condiciones más adecuadas para esta población. Un segundo tipo, con una dificultad intermedia, y un tercer tipo en el que las condiciones

propias de la región haría más compleja la implementación de programas y políticas para las personas mayores, bien por el aislamiento geográfico –índice de ruralidad[2] y sistema de ciudades–, los niveles de pobreza –tasa de pobreza multidimensional–, o la escasa dinámica del mercado laboral formal –presencia de empresas formales, informalidad–. Al mismo tiempo se tiene en cuenta el ejercicio de Ramírez, Acosta, Pardo, Perdomo y González (2015), en el que las ciudades se agrupan en seis tipos de acuerdo a los siguientes criterios: (a) los escenarios demográficos, (b) la pobreza ciudadana, (c) educación y juventud, (d) la pobreza económica y (e) las condiciones del mercado de trabajo. Estos seis tipos de ciudades son: mayores, maduras, adultas, grandes y jóvenes, adolescentes y embrionarias.

Tabla 3

Indicadores siete ciudades

Tipo	Departamento	Municipio	Clasificación CEPAL	Tasa de pobreza multidimensional	Sistema de ciudades	Formalidad personas[a]	Índice de ruralidad[b]	Empresas formales por cada mil habitantes
Mangos bajos	Antioquia	Medellín	Mayor	32.40 %	Pertenece	35.43 %	4.69	11.82
	Cundinamarca	Bogotá D.C.	Mayor	24.30 %	Pertenece	35.75 %	6.81	10.56
	Valle del Cauca	Cali	Madura	31.97 %	Pertenece	28.97 %	9.26	7.28
Mangos medios	Meta	Villavicencio	Grande y joven	40.88 %	Pertenece	18.68 %	30.07	6.40
	Nariño	Pasto	Adulta	42.01 %	Pertenece	17.22 %	31.38	4.92
Mangos altos	Córdoba	Montería	Adolescente	68.46 %	Pertenece	15.15 %	38.57	4.76
	Choco	Quibdó	Embrionaria	72.10 %	Pertenece	14.31 %	48.21	3.23

a Población que se reporta en la PILA (2011) sobre la población mayor de 15 años que habita en el municipio para el mismo año (DANE 2011).

b Medida de aislamiento basada en densidades y en la distancia a las grandes y medianas densidades.

Fuente: Para la Tasa de pobreza multidimensional (Angulo, Díaz y Pardo, 2011); para Sistema de ciudades, Misión Sistema de Ciudades; para Formalidad personas (PILA 2011 y DANE 2011), cálculos de Fedesarrollo; para Índice de ruralidad, Ramírez, Díaz y Bedoya (2013); para Empresas formales por cada mil habitantes (PILA 2011 y DANE 2011), cálculos de Fedesarrollo.

2 Medida basada en la metodología del PNUD (2011) y en Ramírez, Díaz y Bedoya (2013), teniendo en cuenta la densidad de cada municipio –habitantes por kilómetro cuadrado– y la distancia promedio del municipio a las principales densidades. Específicamente se promedia la distancia euclidiana del municipio a: (1) la ciudad más cercana de más de un millón de habitantes; (2) la ciudad más cercana entre 400 mil y un millón de habitantes; (3) la distancia promedio a los municipios entre 200 mil y 400 mil habitantes; y (4) la distancia promedio al 50% de los municipios más cercanos con una población entre 100 mil y 200 mil habitantes.

De los seis departamentos a los que pertenecen estas ciudades, de acuerdo con las asignaciones presupuestales y los tipos de población objeto de estudio, se escogieron tres, uno por cada tipo de región, tratando de cubrir distintas áreas del país. En los "mangos bajos" se seleccionó Bogotá D.C.; en los "mangos medios" Pasto y en los altos Montería. Para escoger el municipio rural en Cundinamarca, Nariño y Córdoba, se organizaron los municipios en cada uno de estos departamentos con base en el índice de ruralidad y se escogió el municipio con el mayor índice y con un tiempo de desplazamiento a la capital de entre tres y cinco horas. Mayor a tres horas para obtener información diferente a la que se recolecta en la capital, y menor a cinco horas para facilitar el desplazamiento del equipo de investigación. Los municipios con problemas de orden público fueron descartados. En la Tabla 4 aparecen los municipios seleccionados.

Tabla 4

Indicadores municipios urbanos y rurales en Cundinamarca, Nariño y Montería

Tipo	Región	Municipio	Clasificación CEPAL	Tiempo aproximado de desplazamiento a la capital (horas)	Tasa de pobreza multidimensional	Sistema de ciudades	Formalidad personas	Índice de ruralidad	Empresas formales por cada mil habitantes
Mangos bajos	Cundinamarca Urbana	Bogotá	Ciudad mayor	N/A	24.30 %	Pertenece	35.75 %	6.81	10.56
	Cundinamarca Rural	Gutiérrez	N/A	3.5	71.84 %	No pertenece	1.27 %	58.39	0.74
Mangos medios	Nariño Urbana	Pasto	Ciudad adulta	NA	42.01 %	Pertenece	17.22 %	31.38	4.92
	Nariño Rural	Puerres	N/A	3	67.56 %	No pertenece	3.09 %	52.96	
Mangos altos	Córdoba Urbana	Montería	Ciudad adolescente	N/A	68.46 %	Pertenece	15.15 %	38.57	4.76
	Córdoba Rural	Ayapel	N/A	4.5	88.14 %	No pertenece	2.53 %	52.44	1.16

Fuente: Para la Tasa de pobreza multidimensional, Censo 2005, cálculos de Fedesarrollo; para Sistema de ciudades, Misión Sistema de Ciudades; para Formalidad personas, PILA 2011 y DANE 2011, cálculos de Fedesarrollo; para Índice de ruralidad, Fedesarrollo con base en PNUD (2011); para Empresas formales por cada mil habitantes, PILA 2011 y DANE 2011, cálculos de Fedesarrollo.

10.2.4. Criterios de selección de casos

1. Grupos focales: Se gestionó con la Fundación Saldarriaga Concha un listado de personas pertenecientes a los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén y se seleccionaron aleatoriamente con el fin de que no se conocieran entre sí y llenaran las características de cada grupo, según su sexo, nivel socioeconómico, edad, etcétera. Vale la pena mencionar que quienes participaron en los grupos focales de 40 a 60 años, mixto, se encontraban en el nivel socioeconómico medio alto, a excepción del grupo focal de Ayapel. Se incluyó el nivel 3 del Sisbén porque, a pesar de que su vulnerabilidad es menor, esta población suele ser excluida de los programas del Gobierno y se generan dificultades y dinámicas especiales –particularmente en el acceso a salud y pensiones– que son de interés para este estudio. También se investigó la población de un nivel socioeconómico más alto, probablemente con acceso a otros servicios, para poder comparar la información. El listado fue entregado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y tenía información sobre la edad, el nivel Sisbén y los datos de contacto –teléfono en las áreas urbanas y dirección en las áreas rurales, pues allí no había teléfono–. En las áreas urbanas el contacto se hizo por teléfono, y en las áreas rurales se hizo en campo, partiendo del listado y buscando a las personas en su domicilio o con la ayuda de los gestores locales. Para contactar a la población víctima se recurrió a organizaciones como la Unidad de Víctimas y las Mesas de Víctimas de cada departamento; para ubicar y reunir a los participantes de la población desmovilizada se contó con la ayuda de la Agencia Colombiana para la Reintegración (ACR). En los grupos focales y en los estudios de caso, la identidad de los participantes es protegida y su participación es totalmente voluntaria. Para garantizar que esto se cumpliera, los participantes leyeron y firmaron un formato de consentimiento informado que se presenta en el Anexo 3. Adicionalmente se diligenció un formato de caracterización en el que aparece la información de las personas entrevistadas.

2. Estudios de caso: Los moderadores se dirigieron a Palenque y a El Salado, lugares en los cuales el conflicto armado ha tenido una especial incidencia, y se hizo una selección aleatoria de personas. En el caso de los grupos de Bogotá, se tuvo una reunión de víctimas y líderes de víctimas, organizadas previamente, en la que se propició el espacio para que ellos pudieran tener un contexto de la dimensión de construcción de paz.

3. Entrevistas a profundidad: Se seleccionaron las personas más expertas en cada uno de los temas: académicos y funcionarios públicos nacionales de alto nivel. En el ámbito local, los funcionarios entrevistados pertenecían a las secretarías de Salud y de Desarrollo Social o sus equivalentes. En estas últimas se buscó entrevistar a los encargados de la ejecución del programa Colombia Mayor[3]. Entre las personas entrevistadas se encuentran:

a. Alejandra Corchuelo Marmolejo: Experta economista con énfasis en Desarrollo Social. Tiene un gran conocimiento en políticas públicas y estadísticas sociales en Colombia, y una gran fortaleza en el diseño de proyectos sociales. En la actualidad es directora de Desarrollo Social en el DNP (Portafolio, 2014).

b. Joshua Mitrotti: Actual director general de la Agencia Colombiana para la Reintegración. Cuenta con más de 14 años de experiencia profesional en la dirección de proyectos sociales, comunitarios, económicos y políticos. Ha trabajado en entidades como la Defensoría del Pueblo, la Alcaldía Mayor de Bogotá, el Ministerio del Interior y de Justicia y la Presidencia de la República. (ACR, 2014).

c. Gina Magnolia Riaño Barón: Actual secretaria general de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Fue ministra de Trabajo y Seguridad Social y ministra de Salud (encargada). Es especialista en seguridad social. Ha dirigido y participado en investigaciones sobre políticas públicas y desempeño de sistemas de seguridad y protección social (Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2013).

d. Carlos Alberto Cano Gutiérrez: Médico geriatra. Actual director del Instituto de Envejecimiento de la Pontificia Universidad Javeriana. Es director de Intellectus Centro de Memoria y Cognición; ha sido jefe de la sección de Geriatría del Departamento de Medicina Interna de la Fundación Universitaria Santa Fe de Bogotá, y profesor de área clínica de la Universidad de los Andes (Bogotá, Colombia). Es miembro del comité ejecutivo de ALMA, experto en gerontología y geriatría, y tiene trabajos de neurología y líneas de investigación en demencia y alzheimer, entre otros (expertos en Envejecimiento y Salud, 2015).

3 El listado completo de las personas entrevistadas en el ámbito local se puede consultar en el Anexo 6.

e. María Eugenia Morales: Actual directora de Reparación Integral de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Licenciada en Educación, especialista en Desarrollo Social con perspectiva de género, tecnóloga especializada en Gestión de Política Social, tecnóloga en Herramientas para la Acción Política. Tiene experiencia en el sector público y privado: ONU Mujeres, PNUD, Gobernación del Valle y Cetec. En la Unidad ocupó el cargo de coordinadora del Grupo Mujeres y Género.

f. Cristina Plazas: Abogada con especialización en Derecho Administrativo. Actual directora del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Fue alta consejera para la equidad de la mujer, secretaria privada de la Presidencia de la República durante el gobierno de Juan Manuel Santos y concejal de Bogotá entre el 2003 y el 2007.

g. Alejandro Gaviria: Ministro de Salud y Protección Social desde septiembre del 2012. Se ha desempeñado como decano de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes, subdirector de Planeación Nacional, investigador y subdirector de Fedesarrollo, investigador del Banco Interamericano de Desarrollo en Washington. Tiene un doctorado en Economía de la University of California y una maestría en Economía de la Universidad de los Andes(Minsalud, 2014).

10.2.5. Recolección en campo

La recolección en campo se llevó a cabo entre el 24 y el 28 de noviembre y el 1 al 5 de diciembre del 2014. Las sesiones de grupo siguieron una metodología no directiva que facilitó la libre expresión de conceptos y actitudes de los participantes sobre los temas de interés. La moderación estuvo a cargo de investigadores con amplia experiencia en la técnica, cuyo papel fundamental fue focalizar la discusión en los objetivos previstos (los instrumentos guía se presentan en el Anexo 2).

10.3. Descripción del análisis cualitativo

Para el análisis de la información cualitativa recolectada en campo se aplicó la estrategia metodológica denominada teoría fundada. Esta fue presentada por primera vez por Glaser y Strauss (1967), en respuesta a las teorías

funcionalistas y estructuralistas dominantes en la época. Más tarde, Strauss y Corbin (1998) llaman la atención sobre la necesidad que tienen las ciencias sociales, en particular la sociología, de desarrollar y generar teorías en vez de limitarse a su verificación. Para lograr este objetivo, la principal estrategia es la teoría fundada. El procedimiento de esta consiste en acercarse al participante para conocer su realidad social y posteriormente el equipo investigador analiza e interpreta la información. Para hacer el análisis, los investigadores categorizan los datos sistemáticamente y buscan patrones que permitan llegar a la teorización. También se aplica un método de comparación constante para detectar cuando la información difiere de un individuo a otro. La recolección de información en campo se hace sin una teoría preelaborada, y las actividades son guiadas por las preguntas e hipótesis de la investigación. Dado que el proceso investigativo basado en la teoría fundada no es lineal, los datos que surgen en campo pueden servir para ajustar las preguntas y las hipótesis previamente establecidas (Universidad de Antioquia, 2003).

La metodología de análisis utiliza los métodos de codificación de Strauss y Corbin (1998). Se recolectan y se codifican los datos, se determinan categorías y se proponen hipótesis. La categorización es la herramienta más importante del análisis: consiste en clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico (Rodríguez y Gómez-Hidalgo, 1997). El proceso de categorización o codificación se lleva a cabo utilizando las diferentes fases expuestas por Strauss y Corbin (1998). La primera, llamada codificación abierta, consiste en un proceso analítico por medio del cual se identifican conceptos y sus propiedades, examinando las transcripciones y teniendo como guía las preguntas de investigación definidas. Por consiguiente, pueden resultar códigos que deben ser agrupados por categorías alrededor del fenómeno descubierto en los datos. Estas categorías, que permiten la exploración de los datos, son relacionadas entre sí, y comienza el proceso de elaboración o verificación de hipótesis: una inmensa cantidad de datos se convierte en categorías y estas últimas en hipótesis. Este proceso se lleva a cabo con la ayuda de los software de análisis cualitativo Atlas.ti y NVivo.

El siguiente paso consiste en refinar y diferenciar los códigos (Flick, 2002) creando subcódigos y relacionando los códigos de acuerdo con sus propiedades y dimensiones. Este proceso, conocido como codificación axial, reduce el número de categorías: selecciona las promisorias en términos de su relevancia con las

preguntas orientadoras, y reacomoda las no promisorias. Para alcanzar este objetivo, "el investigador se mueve continuamente de atrás hacia adelante en un proceso inductivo (desarrollando conceptos, códigos y relaciones dentro del texto) y deductivo (testeando los conceptos, códigos y sus relaciones con el texto)" (Strauss y Corbin, 1998).

Para continuar con la tarea de reducción de los textos, se utiliza un instrumento conocido como codificación selectiva, que consiste en aplicar la codificación axial reduciendo aún más las categorías hasta identificar un conjunto reducido de códigos –uno o dos– alrededor de cada pregunta orientadora. Este proceso obliga al investigador(a) a encontrar las causas del fenómeno principal y sus consecuencias (por ejemplo, los subcódigos que pertenecen al código principal y las relaciones con otros códigos); además, deja otro número importante de categorías, pero se desechan definitivamente otras que parecen relevantes.

10.3.1. Uso de programas informáticos para el análisis cualitativo

Las tareas de la teoría fundada se hicieron con el apoyo de los programas de análisis cualitativo Atlas.ti y NVivo. Una vez realizada la codificación con la ayuda del conteo de palabras y la lectura de los documentos, se evalúan las codificaciones usando matrices de codificación. Con estas matrices se obtienen resultados de los cruces que existen entre categorías y entre estas y los atributos. De esta manera es posible sacar conclusiones sobre el discurso de las personas y, dependiendo del atributo, ver las tendencias que más se marcan (Anexo 4 de atributos de los grupos focales). Se hizo además un conteo de palabras para encontrar las más mencionadas en el discurso y poder sacar las nubes de palabras. Por último, se sacó una matriz de marco de trabajo con el fin de ver la categorización mejor organizada en cada una de las estrategias que se utilizaron (entrevistas, grupos focales y estudios de caso).

Para el análisis se centró la atención en las cinco dimensiones objeto de este estudio: salud, cuidado y cuidadores, construcción de paz, percepción de envejecimiento y vejez, y preparación económica –incluye mercado laboral, ahorro y pensiones–. Estas cinco dimensiones se constituyeron en las categorías iniciales.

Luego están las categorías emergentes, que surgen de la lectura de todos los documentos. A continuación se presentan los mapas de categorías (en el Anexo 5 se encuentra el diccionario con las definiciones de cada una de las categorías):

Figura 1

Mapa de categorías de salud

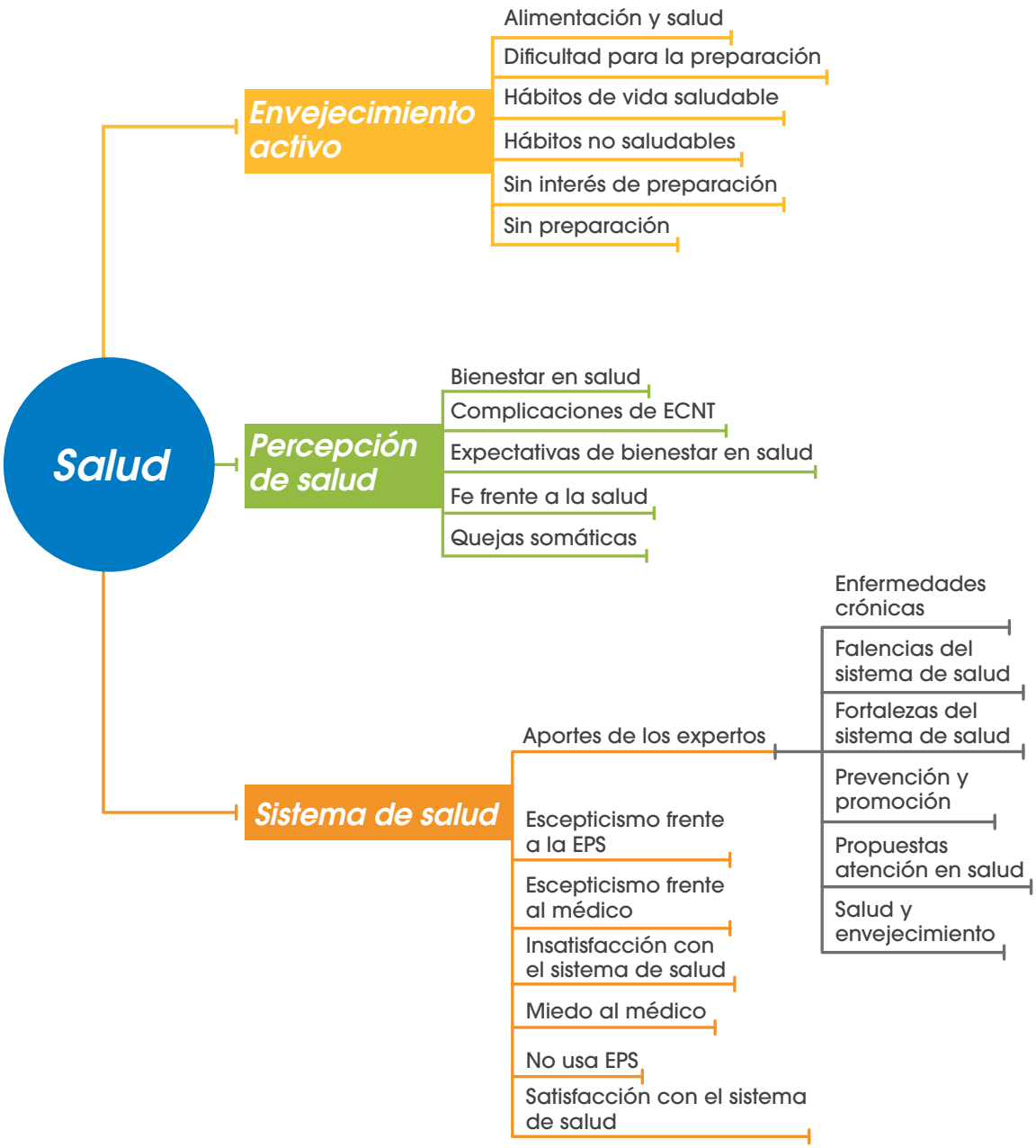


Figura 2

Mapa de categorías de cuidado y cuidadores

Figura 3

Mapa de categorías de preparación económica

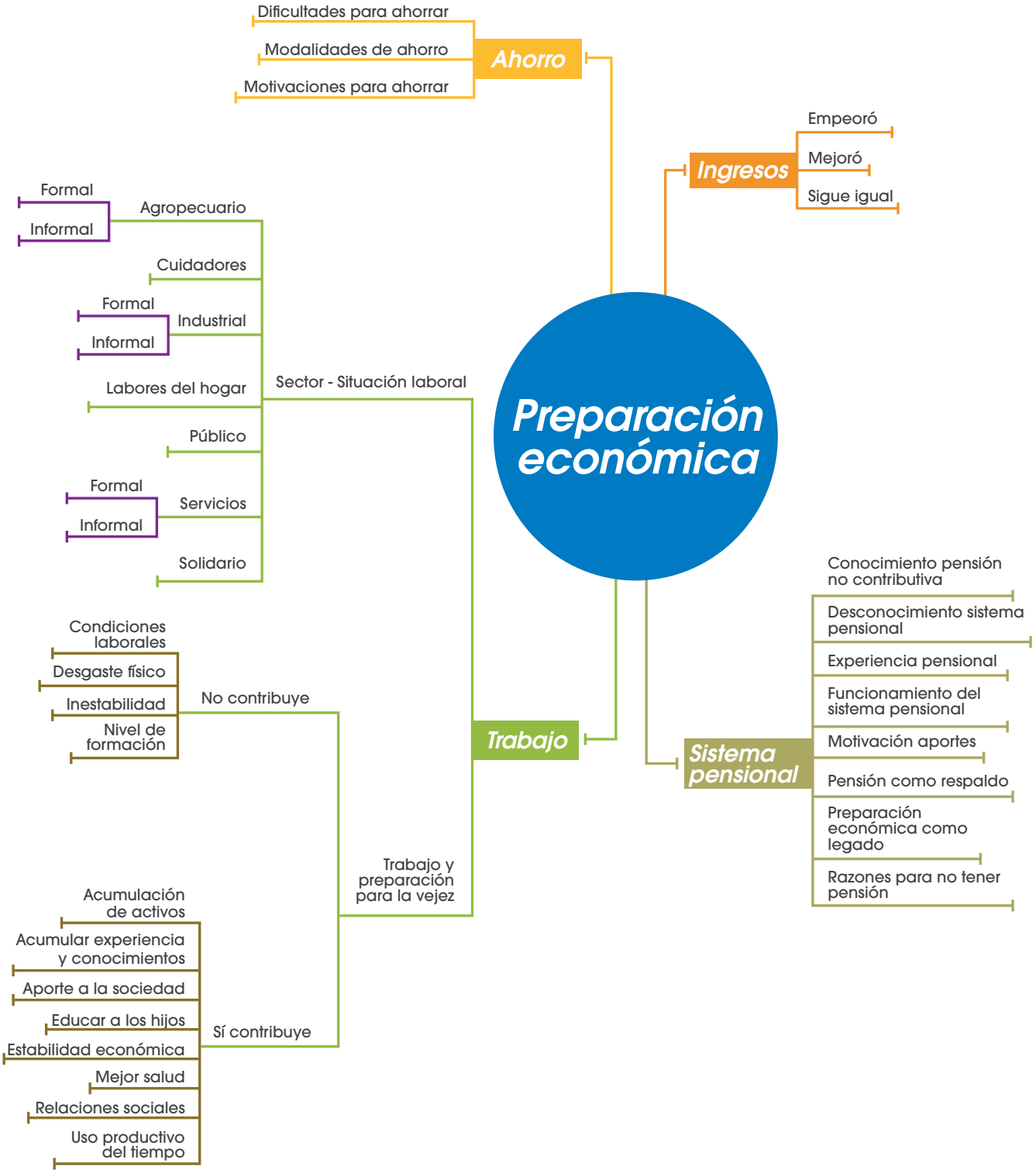
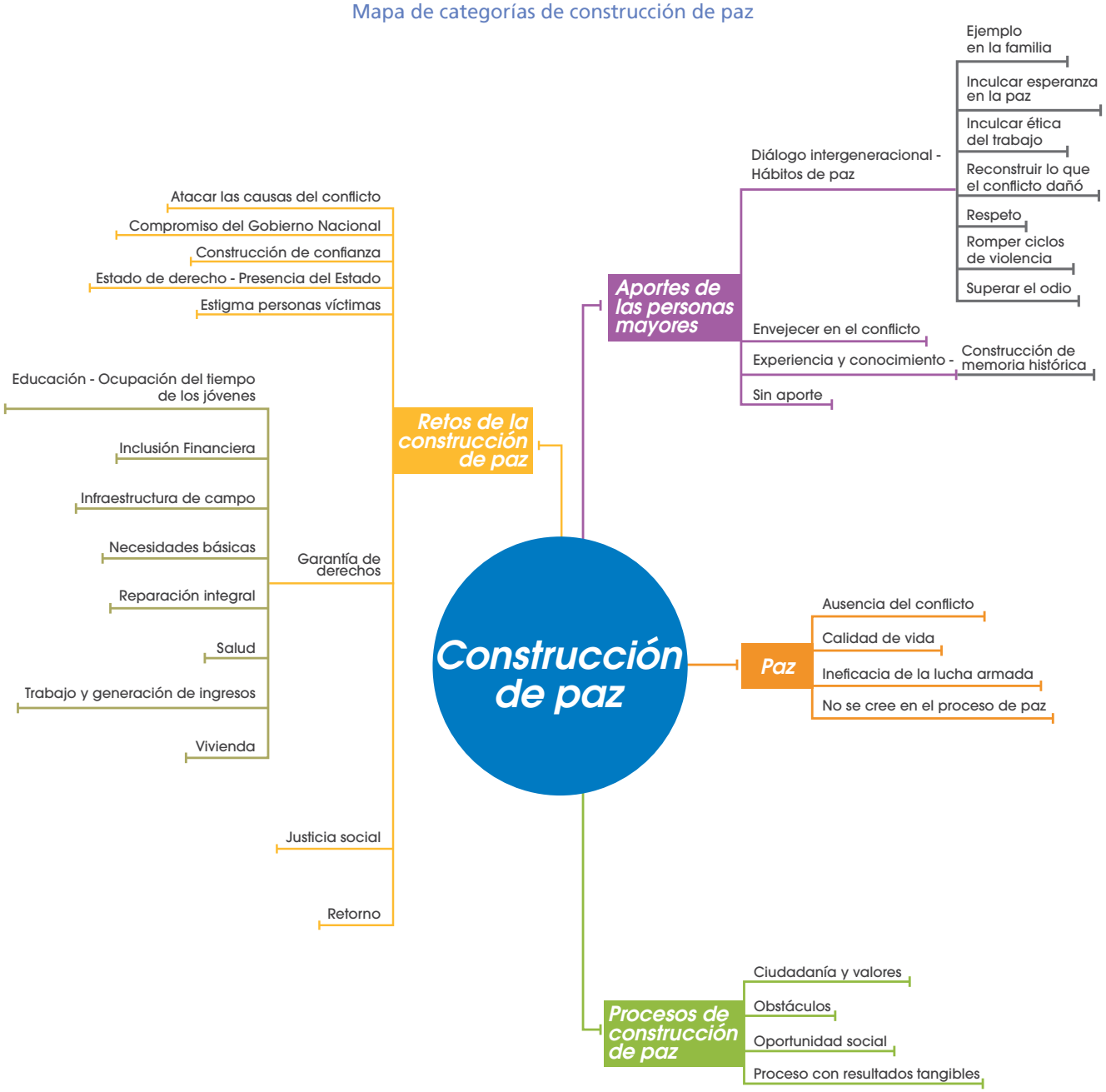


Figura 4

Mapa de categorías de construcción de paz



Estas categorías ayudan a resolver los interrogantes que se plantearon en la siguiente matriz de objetivos. Al buscar las respuestas a los interrogantes orientadores, se intenta descubrir el fenómeno subyacente, sus causas, sus consecuencias y las condiciones en las que aplica.

Tabla 5

Matriz de objetivos

Objetivo general	Objetivos específicos	Pregunta problematizadora	Instrumentalización 12 grupos focales y 10 entrevistas a profundidad	Dimensiones	Subtemas
Principales	Para cada dimensión	Pregunta problema de cada dimensión	Grupos focales (Hombres y mujeres mayores de 60 años y entre 40 y 60 años. Nivel Sisbén 1,2 y 3, víctimas, pensionados y desmovilizados)	(Categorías iniciales)	
Obtener información sobre los procesos y percepciones de los fenómenos sociales estudiados con los métodos cuantitativos, incrementando la validez y confiabilidad de los resultados y fortaleciendo las recomendaciones de política	Conocer cuál es la percepción que tiene la población de la vejez y el envejecimiento	¿Cuál es la percepción que tiene la población del envejecimiento y la vejez?	¿Qué significa para ustedes envejecer?	Percepción de envejecimiento y vejez	Envejecimiento
			¿Quién es para ustedes una persona mayor o una persona vieja?		Vejez
			¿Qué actividades o roles quisieran tener en su familia y en la sociedad?		
			¿Cómo se están preparando para su vejez?		Preparación para la vejez
	Revelar la poca preparación económica (ahorro convencional y no convencional, inversiones, trabajo y pensiones) para la vejez	¿Cómo se preparan las personas económicamente para la vejez?	1. ¿En qué ha trabajado? ¿Actualmente en qué trabaja?	Preparación económica	Trabajo
			2. ¿Ha contribuido el trabajo a la preparación para su vejez? ¿De qué manera?		
			3. ¿Su situación económica actual es mejor o peor de la que tenía cuando era más joven? ¿Por qué?		Ingresos
			4. ¿Cómo ha ahorrado o está ahorrando para su vejez? (considerar inversiones en casas, lotes, vehículos, maquinarias productivas y otros activos que generen ingresos)		Ahorro
	Verificarque la cobertura del sistema pensional en Colombia es baja y esta baja cobertura no se compensa con el acceso a programas de pensiones no contributivas como Colombia Mayor	¿Cuáles son los retos del sistema pensional frente al envejecimiento en Colombia?	1. ¿Qué lo motiva o lo desmotiva a aportar al sistema de pensiones? (Introducir o explicar el concepto de pensión, de ser necesario)		Sistema pensional
			2. Moderador: solo para quienes no reciben pensión: ¿Por qué no recibe pensión?		
			3. ¿Cómo le ha ido con la pensión?		

Cont. Tabla 5

Matriz de objetivos

Objetivo general	Objetivos específicos	Pregunta problematizadora	Instrumentalización 12 grupos focales y 10 entrevistas a profundidad	Dimensiones	Subtemas
Obtener información sobre los procesos y percepciones de los fenómenos sociales estudiados con los métodos cuantitativos, incrementando la validez y confiabilidad de los resultados y fortaleciendo las recomendaciones de política	(1) Comprobar que el envejecimiento genera una necesidad de cuidado (2) Evidenciar que las personas mayores cumplen con frecuencia roles de cuidadores, especialmente las mujeres	¿Cuál es el efecto del envejecimiento en el cuidado de las personas mayores y de estas como cuidadoras?	1. ¿Cómo le gustaría ser cuidado cuando sea viejo? (Por ejemplo cuando necesite ayuda para comer, bañarse, vestirse o cualquier otra actividad cotidiana)	Cuidado y cuidadores	Ideal de cuidado
			2. ¿Usted cuida a alguien? ¿Recibe alguna remuneración (en dinero o especie) por esta actividad? ¿Cómo se siente cuidando?		Persona mayor cuidadora
	Demostrar que durante el envejecimiento la salud de las personas tiende a deteriorarse, lo que implica una mayor demanda de servicios y por ende unos mayores costos	¿Cuál es el efecto del envejecimiento en la salud pública y los sistemas de salud?	1. En términos de salud, ¿cómo considera que está usted actualmente?	Salud	Percepción de salud
			2. ¿Cómo se ha preparado para estar saludable en la vejez?		Envejecimiento activo
			3. ¿Cómo le ha aportado el sistema de salud (EPS, Sisbén) para estar saludable?		Sistema de salud
			1. ¿Cómo le parecen los programas del Gobierno o de otras entidades para las personas mayores?	Programas del Gobierno	Presencia del Estado
	Dar cuenta de los aportes que las personas mayores pueden hacer a la construcción de paz, la construcción de la memoria histórica, la reconciliación, la cultura y la educación para la paz	¿Cómo pueden contribuir las personas mayores a la construcción de paz en Colombia?	1. ¿Qué considera usted que pueden aportar las personas mayores para construir paz en Colombia?	Construcción de paz	Aportes
	Evidenciar cuál es la situación de las víctimas del conflicto armado colombiano en general y comprobar si este las ha afectado de manera diferenciada, poniéndolas en desventaja con sus pares y sometiéndolas a un riesgo mayor de ser vulnerados sus derechos		1. ¿Qué considera usted que pueden aportar las personas mayores en los procesos de retorno?	Construcción de paz (Exclusivo para el grupo de personas mayores víctimas del conflicto)	
			1. ¿Cómo transformó la reintegración su proyecto de vida?	Construcción de paz (Exclusivo para la población mayor desmovilizada)	
			2. ¿Qué considera usted que puede aportar a los procesos de reintegración?		

Fuente: Elaboración propia.

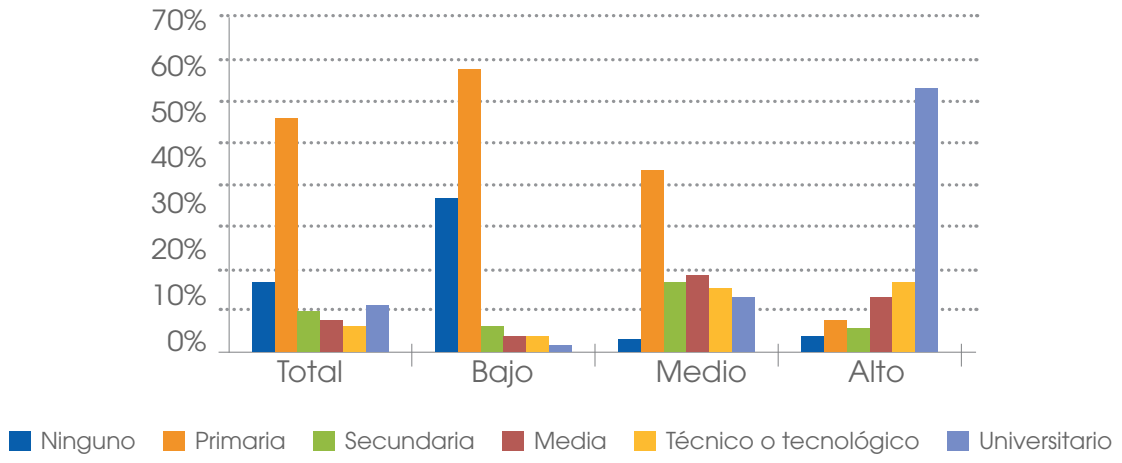
10.3.2. Caracterización de los participantes de los grupos focales

Antes de iniciar los grupos focales se le solicitó a cada uno de los participantes que diligenciara un formato sencillo de caracterización en el que se hacían preguntas sobre el nivel educativo, la situación laboral y con quién vive en el hogar (Anexo 7). A continuación se presentan los resultados más relevantes de este formato.

En general, la población que participó en los grupos focales tiene bajos niveles de educación. Del total de la muestra, un 17.5 % no tiene ningún nivel educativo y un 45.4 % tiene primaria. Estos porcentajes son aún más altos en las áreas rurales: un 37.9 % no tiene ningún nivel educativo y un 48.4 % tiene primaria. En los niveles de ingresos altos y medios se registra la mayor proporción de personas con educación superior. Como se verá más adelante en el análisis de los resultados cualitativos, estas personas son las que en mayor medida logran acceder a empleos formales y prepararse económicamente para la vejez mediante el ahorro y las pensiones (Figura 5).

Figura 5

Nivel educativo de los participantes de los grupos focales: total y por nivel de ingreso

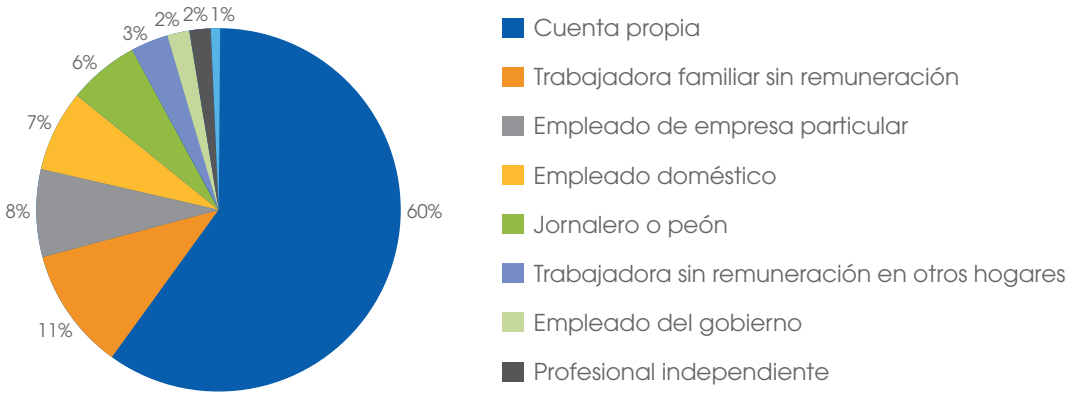


Fuente: Elaboración propia con base en el formato de caracterización aplicado en los grupos focales.

Las personas mayores de menores ingresos, dada su poca preparación económica, siguen vinculados al mercado laboral informal para generar ingresos para ellos y sus familias. En concordancia, según los resultados de los formatos de caracterización aplicados, mientras que un 26.7 % de los participantes de altos ingresos declaró que trabaja, este porcentaje en los de ingresos medios y bajos fue del 54.3 %. Como lo muestra la Figura 6, la mayoría de los participantes trabaja por cuenta propia.

Figura 6

Ocupados, por posición ocupacional

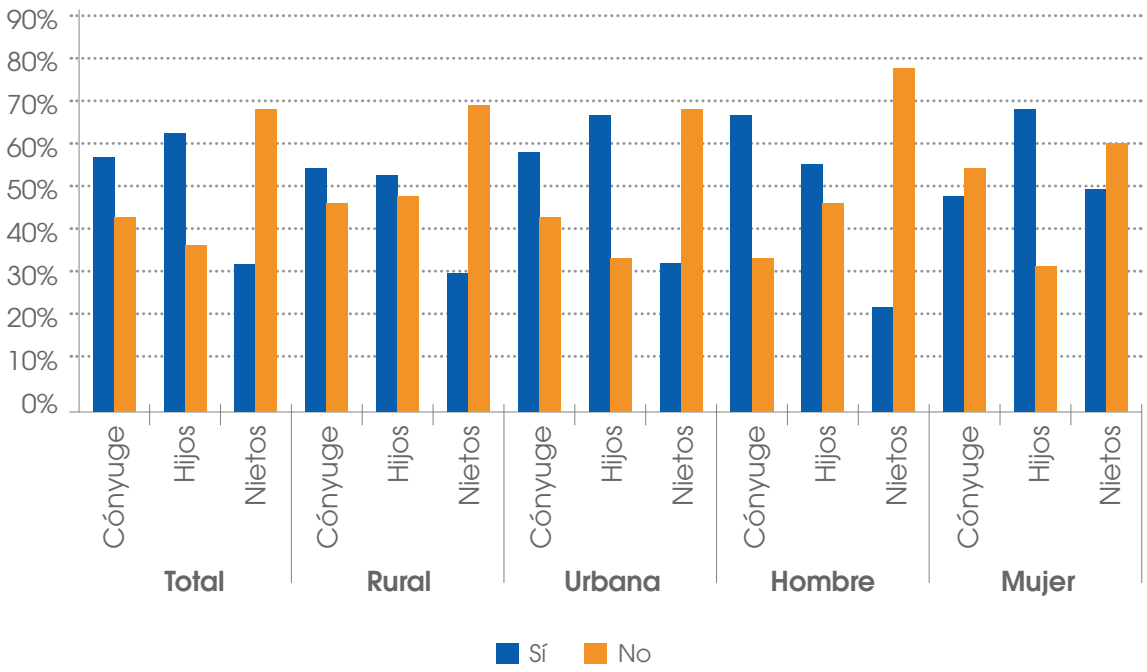


Fuente: Elaboración propia con base en el formato de caracterización aplicado en los grupos focales.

La mayoría de los participantes (91%) vive con alguien en el hogar, ya sea un familiar, un empleado o un amigo. La familia es la principal proveedora de cuidado para las personas mayores. Según los datos del formato de caracterización de los grupos focales, las personas con las que más viven son la pareja, los hijos y los nietos. Hay diferencias interesantes entre las áreas urbanas y las rurales, y entre hombres y mujeres. En las áreas rurales las personas mayores tienden a vivir menos con los hijos. Esto tiene que ver con la migración de los más jóvenes a las áreas urbanas en busca de mejores oportunidades laborales y de estudio. También se observa que la proporción de mujeres que viven con los hijos es mayor. Comparadas con los hombres, y por haber sido las mujeres las más asiduas proveedoras de cuidado en la juventud, en la vejez son también las mayores receptoras de cuidado.

Figura 7

Personas con las que viven los participantes de los grupos focales



Fuente: Elaboración propia con base en el formato de caracterización aplicado en los grupos focales.

10.4. Referencias bibliográficas

Agencia Colombiana de Reintegración (ACR). (2014, 20 de noviembre). Joshua Mitrotti, nuevo Director de la Agencia Colombiana para la Reintegración (ACR).Recuperado de: http://www.reintegracion.gov.co/es/sala-de- prensa/noticias/Paginas/2014/11/19112014f.asp

Angulo, R., Díaz, Y.y Pardo, R. (2011). Índice de Pobreza Multidimensional para Colombia (IPM-Colombia) 1997-2010. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.

Creswell, J. W. (1998). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. ThousandOaks, CA: Sage.

Escobar, J.y Bonilla-Jiménez, F. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 9(1), 51-67.

Expertos en envejecimiento y salud. (2015). Carlos Alberto Cano Gutiérrez. Recuperado de: http://expertos.mayoressaludables.org/personalidades-detalles/145

Flick, U. (2002). An introduction to qualitative research (2ª ed.). Londres, Thousand Oaks y Nueva Delhi: Sage.

Glaser, B.y Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine.

Minsalud. (2014).Alejandro Gaviria Uribe, ministro de Salud y Protección Social. Recuperado de: http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Paginas/Hoja-de-vida-Ministro-.aspx>002E

Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2013, 28 de noviembre). La Dra. Gina Magnolia Riaño Barón, nueva Secretaria General de la OISS. Recuperado de: http://www.oiss.org/La-Dra-Gina-Magnolia-Riano-Baron.html

PNUD. (2011). Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011. Bogotá: PNUD.

Portafolio. (2014).Equipo de lujo de Simón Gaviria en el DNP. Recuperado de: http://www.portafolio.co/economia/equipo-lujo-simon-gaviria-el-dnp

Ramírez, J. C., Acosta, O. L., Pardo, R., Perdomo, N. y González, L. (2015). Políticas sociales diferenciadas para las ciudades en Colombia: una nueva generación de políticas sociales. Bogotá: CEPAL.

Ramírez, J. M., Díaz, Y. y Bedoya, J. G. (2013). Decentralization in Colombia: A search for equity in a bumpy economic geography.Bogotá: Fedesarrollo.

Rodríguez, M. y Gómez-Hidalgo, J. M. (1997). Integrating a lexical database and a training collection for text categorization. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: http://aclweb.org/anthology/W/W97/W97-0806.pdf

Strauss, A. y Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory (2ª ed.). Thousand Oaks: Sage.

Universidad de Antioquia. (2003). Teoría fundada: arte o ciencia. La sociología en sus escenarios, 7, 1-14. Recuperado de: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/1632/1285

Vasilachis de Gialdino, Irene (coord.). (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa.

ANEXOS

Anexo 1

Preguntas de investigación e hipótesis

1. Pensiones

a. ¿Cuáles son los retos del sistema pensional frente al envejecimiento en Colombia?

b. Hipótesis: La cobertura del sistema pensional en Colombia es baja y no se compensa con el acceso a programas de pensiones no contributivas como Colombia Mayor.

2. Salud

a. ¿Cuál es el impacto del envejecimiento en la salud pública y los sistemas de salud?

b. Hipótesis: Durante el envejecimiento, la salud de las personas tiende a deteriorarse. Esto supone una mayor demanda de servicios y mayores costos.

3. Cuidado

a. ¿Cuál es el efecto del envejecimiento en el cuidado de las personas mayores y de estas como cuidadoras?

b. Hipótesis: (1) El envejecimiento genera una necesidad de cuidado que, generalmente, no puede ser asumida por las familias; (2) Las personas mayores cumplen con frecuencia roles de cuidadores, especialmente las mujeres, y por lo general esa función no es reconocida ni retribuida.

4. Mercado laboral e ingresos

a. ¿Cómo se preparan económicamente las personas para la vejez?

b. Hipótesis: Hay poca preparación económica –ahorro convencional y no convencional, inversiones– para la vejez.

5. Construcción de paz

a. ¿Cómo pueden contribuir las personas mayores a la construcción de paz en Colombia?

b. Hipótesis: Las personas mayores pueden aportar a la construcción de paz con la construcción de memoria, el perdón y la educación para la paz.

Anexo 2

Guías de grupos focales y entrevistas

Formato guión grupo focal
Personas mayores

Perfil de los participantes

Hombres y mujeres de 60 años o más, y un grupo entre 40 y 60 años. Niveles Sisbén 1, 2 y 3, víctimas del conflicto armado, pensionados y desmovilizados.

Objetivo del grupo

Conocer las percepciones, necesidades y retos que resultan de la relación entre la vejez, el envejecimiento y fenómenos sociales como la salud, las pensiones, el empleo, el cuidado y el conflicto armado colombiano.

Guión grupos focales

Buenos días a todos y a todas. Mi nombre es……Actualmente la Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo desarrollamos la investigación denominada Misión Colombia Envejece. Su objetivo es ofrecerle a la sociedad colombiana los elementos para comprender el envejecimiento de la población y los retos sociales que de allí se desprenden, y proponer algunas rutas y estrategias para dar respuesta a esos retos.

La Fundación Saldarriaga Concha es una organización de la sociedad civil colombiana que desde hace más de 40 años trabaja para construir una sociedad para todos, con especial énfasis en las personas con discapacidad, las personas mayores y el envejecimiento. Con ustedes queremos desarrollar un grupo focal que nos permita conocer las percepciones, necesidades y retos que plantea para el país el envejecimiento de su población.

La metodología es muy sencilla. Vamos a hacerles una serie de preguntas sobre algunos temas relacionados con la vejez y el envejecimiento. Queremos que nos hablen desde sus vivencias personales y familiares. Queremos que hagan un énfasis especial en los aspectos positivos. Queremos que piensen a futuro, en su propio futuro y en el futuro de las demás personas que están envejeciendo.

Una clave para el desarrollo de la metodología es tratar de aportar elementos nuevos en nuestras respuestas. Es fundamental que todos participemos. Cuando hayamos agotado el tema, vamos a cerrarlo con las ideas principales que ustedes manifiesten y les voy a pedir respetuosamente que avancemos.

Vamos a grabar el audio de sus respuestas. Les agradecería que nos dijeran si están o no de acuerdo. Las grabaciones serán usadas solo para los efectos de la investigación y no serán compartidas con terceros.

Presentación

Dígame su nombre completo y su edad

Generales

1. ¿Qué significa envejecer?

2. ¿Quién es para usted una persona mayor (una persona vieja)?

3. ¿Cuál es su papel (función, rol) en su familia? ¿Qué actividades, papeles o roles quisiera desempeñar?

4. ¿Se ha preparado o se está preparando para su vejez? ¿Ha pensado cómo va a ser su vejez?

5. ¿Qué debería tener usted para una buena vejez?

Situación laboral e ingresos

1. ¿En qué ha trabajado? ¿Actualmente en qué trabaja?

2. ¿El trabajo ha contribuido a la preparación para su vejez? ¿De qué manera?

3. ¿Su situación económica actual es mejor o peor de la que tenía cuando era más joven? ¿Por qué?

4. ¿Cómo ha ahorrado o cómo está ahorrando para su vejez? (Considerar inversiones en casas, lotes, vehículos, maquinarias productivas y otros activos que generen ingresos).

Pensiones

1. ¿Qué lo motiva o lo desmotiva a aportar al sistema de pensiones? (De ser necesario, introducir o explicar el concepto de pensión)

2. Moderador: Solo para quienes no reciben pensión.¿Por qué no recibe pensión?

Moderador: Solo para el grupo de pensionados

1. ¿Cómo le ha ido con la pensión?

Cuidado y cuidadores

1. ¿Cómo le gustaría ser cuidado cuando sea viejo (durante su vejez)? (Por ejemplo, cuando necesite ayuda para comer, bañarse, vestirse o cualquier otra actividad cotidiana)

2. ¿Usted cuida a alguien? ¿Recibe alguna remuneración (en dinero o especie) por esta actividad? ¿Cómo se siente cuidando?

Salud

1. En términos de salud, ¿cómo considera que está usted actualmente?

2. ¿Cómo se ha preparado para estar saludable en la vejez?

3. ¿Cómo ha contribuido el sistema de salud (EPS, Sisbén) para que usted esté saludable?

Programas del Gobierno

1. ¿Cómo le parecen los programas del Gobierno o de otras entidades para las personas mayores?

Construcción de paz

1. ¿Qué considera usted que pueden aportar las personas mayores para construir paz en Colombia?

Fin del cuestionario general

Exclusivo para el grupo de personas mayores víctimas del conflicto armado

1. ¿Qué considera usted que pueden aportar las personas mayores en los procesos de retorno?

Exclusivo para la población mayor desmovilizada

1. ¿Cómo transformó la reintegración su proyecto de vida?

2. ¿Qué considera usted que puede aportar a los procesos de reintegración?

Agradecimiento final

Guía de entrevistas a profundidad
Alcaldías

1. Colombia Mayor

- ¿Considera usted que el programa Colombia Mayor responde a las necesidades de las personas mayores de este municipio?
- ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades del programa? (En caso de que no se mencionen, preguntar por barreras de acceso al programa)

2. Cuidado

- ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades de los servicios que prestan los centros de promoción social para las personas mayores en este municipio (centros día vida, centros de bienestar, ancianatos)?
- ¿Considera usted que los servicios de cuidado que se prestan actualmente son suficientes para dar respuesta a la demanda de las personas mayores de este municipio?
- ¿Qué medidas está tomando la Alcaldía –o tiene contemplado tomar– para suplir las fallas de los servicios que se prestan actualmente?

3. Salud

- ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades de los prestadores de servicios de salud de este municipio, específicamente en la atención a las personas mayores?
- ¿Considera usted que los servicios de salud que se prestan actualmente son suficientes para dar respuesta a la demanda de las personas mayores de este municipio?
- ¿Qué medidas está tomando la Alcaldía –o tiene contemplado tomar– para suplir las fallas de los servicios que se prestan actualmente?

Gobernaciones

1. Cuidado

- ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades de los servicios que prestan los centros de promoción social para personas mayores en este departamento (centros día vida, centros de bienestar, ancianatos)?
- ¿Considera usted que los servicios de cuidado que se prestan actualmente son suficientes para dar respuesta a la demanda de las personas mayores de este departamento?
- ¿Existen diferencias importantes en el acceso y calidad de estos servicios entre las zonas urbanas y las rurales de este departamento?
- ¿Qué medidas está tomando la Gobernación –o planea tomar–para suplir las fallas de los servicios que se prestan actualmente?

2. Salud

- ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades de los prestadores de servicios de salud de este departamento, específicamente en la atención a las personas mayores?
- ¿Considera usted que los servicios de salud que se prestan actualmente son suficientes para dar respuesta a la demanda de las personas mayores de este departamento?
- ¿Existen diferencias importantes en el acceso y calidad de estos servicios entre las zonas urbanas y rurales de este departamento?
- ¿Qué medidas está tomando la Gobernación –o planea tomar– para suplir las fallas de los servicios que se prestan actualmente?

Anexo 3

Formulario de consentimiento informado

Formulario de consentimiento informado para los participantes de los grupos

Proyecto	Estudio sobre el envejecimiento de la población en Colombia y sus implicaciones económicas y sociales
Organizaciones que están desarrollando la investigación	Fundación Saldarriaga Concha –Bogotá Fedesarrollo (Fundación para la Educación Superior)
Director del proyecto	Leonardo Villar Lina María González-Ballesteros
Miembros del equipo de investigación	Carmen Elisa Flórez Nieto Augusto Galán Sarmiento Norma Sánchez Camargo Natalia Valencia-López Lucas Correa Montoya Alejandro Díaz Oramas Juan Pablo Alzate Meza Isabel Acevedo León Catalina Ruiz Osorio Susana Martínez-Restrepo Érika Enríquez David Hurtado David Forero María Cecilia Pertuz Marcela Agudelo Nadia Puerta

Fedesarrollo y la Fundación Saldarriaga Concha lo(a) invitan a participar en una investigación llamada Misión Colombia Envejece que busca conocer aspectos de su vida, como su relación con su familia, su situación laboral y de ingresos, así como su percepción sobre los servicios de salud, el cuidado, las pensiones y la construcción de paz.

Por ello requerimos su colaboración para que participe en un grupo focal en el que le preguntaremos por su experiencia en estos aspectos y que le tomará aproximadamente una hora y media. Si tiene alguna duda o inquietud durante o

después de la actividad, por favor hágasela saber al personal de Fedesarrollo o de la Fundación Saldarriaga Concha.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, y su salud física o mental no corre ningún riesgo. Sus respuestas serán totalmente confidenciales, y por su participación usted recibirá $[4] en compensación por su tiempo. Su participación y el incentivo que se le entrega no hacen parte de un contrato laboral ni económico con Fedesarrollo o con la Fundación Saldarriaga Concha. Su identidad estará completamente protegida y no aparecerá en ninguno de los informes o de las publicaciones que se deriven de este estudio.

Los resultados obtenidos en esta investigación servirán para informar a diferentes entidades del Gobierno y a la opinión pública sobre la situación de las personas mayores en temas de salud, pensiones, cuidado, situación económica y construcción de paz.

Espacio para diligenciamiento de Fedesarrollo o la Fundación Saldarriaga Concha

Los miembros del equipo de investigación han sido testigos de la lectura del documento de consentimiento informado por parte del potencial participante. Se certifica que el (la) participante ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y que ha dado su consentimiento libremente.

Firma del investigador(a):	
Nombre del investigador(a):	
Número de documento de identidad del investigador(a):	
Fecha:	

Espacio para diligenciamiento del participante

Si ha entendido los términos de la investigación y desea participar voluntariamente, por favor firme a continuación:

Firma del participante:	
Nombre del participante:	
Número de documento de identidad del participante:	
Fecha:	

4 El monto del incentivo varió dependiendo de la ciudad: fue más alto en Bogotá y en algunos de los municipios rurales donde el transporte desde las veredas era más costoso.

Anexo 4

Atributos de los grupos focales

Tipo de estrategia	Estrategias de recolección	Conflicto armado	Género	Grupos etarios	Nivel socioeconómico	Ubicación geográfica
Estudios de caso	Bogotá Líderes Víctimas Mixto 1	Víctimas	Mixto	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
	Bogotá Líderes Víctimas Mixto 2	Víctimas	Mixto	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
	El Salado	Víctimas	Mixto	Mayores de 60 años	Bajo	Rural
	Palenque	Población general	Mixto	Mayores de 60 años	Bajo	Rural
Grupos focales	Bogotá	Población general	Mixto	Entre 40 y 60 años	Medio alto	Urbana
		Población general	Hombres	Mayores de 60 años	Medio	Urbana
		Víctimas	Hombres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Población general	Mixto	Mayores de 60 años	Alto	Urbana
		Población general	Mixto	Mayores de 60 años	Alto	Urbana
		Población general	Mixto	Mayores de 60 años	Alto	Urbana
		Población general	Mixto	Mayores de 60 años	Alto	Urbana
		Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Medio	Urbana
		Desmovilizados	Mixto	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Población general	Hombres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Víctimas	Mujeres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
	Gutiérrez	Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Bajo	Rural
		Población general	Hombres	Mayores de 60 años	Bajo	Rural
		Población general	Mixto	Entre 40 y 60 años	Medio alto	Rural

Tipo de estrategia	Estrategias de recolección	Conflicto armado	Género	Grupos etarios	Nivel socioeconómico	Ubicación geográfica
Grupos focales	Montería	Población general	Mixto	Entre 40 y 60 años	Medio alto	Urbana
		Población general	Mixto	Mayores de 60 años	Alto	Urbana
		Población general	Hombres	Mayores de 60 años	Medio	Urbana
		Víctimas	Hombres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Desmovilizados	Mixto	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Medio	Urbana
		Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Medio	Urbana
		Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Medio	Urbana
		Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Medio	Urbana
		Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Medio	Urbana
		Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Población general	Hombres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Medio	Urbana
		Víctimas	Mujeres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
	Ayapel	Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Bajo	Rural
		Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Bajo	Rural
		Población general	Hombres	Mayores de 60 años	Bajo	Rural
		Población general	Mixto	Entre 40 y 60 años	Medio alto	Rural
	Pasto	Población general	Mixto	Entre 40 y 60 años	Medio alto	Urbana
		Población general	Hombres	Mayores de 60 años	Medio	Urbana
		Población general	Hombres	Mayores de 60 años	Medio	Urbana
		Víctimas	Hombres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Desmovilizados	Mixto	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Población general	Mixto	Mayores de 60 años	Alto	Urbana
		Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Medio	Urbana
		Víctimas	Mujeres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Víctimas	Mujeres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Víctimas	Mujeres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Población general	Hombres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
		Víctimas	Mujeres	Mayores de 60 años	Bajo	Urbana
	Puerres	Población general	Mujeres	Mayores de 60 años	Bajo	Rural
		Población general	Hombres	Mayores de 60 años	Bajo	Rural
		Población general	Mixto	Entre 40 y 60 años	Medio alto	Rural

Anexo 5

Diccionario de categorías

MISIÓN COLOMBIA ENVEJECE

Construcción de paz: Proceso dinámico que le permite a la sociedad colombiana actuar para solucionar las causas del conflicto y evitar el resurgimiento de acciones violentas.

1. Aportes de las personas mayores

a. Diálogo intergeneracional-hábitos de paz: Espacio de encuentro entre personas de diferentes generaciones, particularmente entre personas mayores y los más jóvenes, en donde intercambian experiencias, conocimiento y aprendizajes de manera mutua.

i. Ejemplo en la familia-comunidad: Forma de actuar de las personas mayores en sus familias y las comunidades que promueven buenas actitudes y valores en los demás miembros.

ii. Inculcar esperanza en la paz: Actitud de infundir e inculcar en personas más jóvenes la creencia de que la paz es posible, de que vale la pena trabajar por ella y lograrla.

iii. Inculcar la ética del trabajo: Actitud de infundir e inculcar en personas más jóvenes la importancia de trabajar y de ganarse la vida de manera honesta, evitando actividades ilegales de generación de ingresos.

iv. Reconstruir lo que el conflicto dañó: La importancia de identificar los daños causados por el conflicto armado y de trabajar en forma personal, familiar y comunitaria para repararlos.

v. Respeto: Hábito de prestar atención y de ser considerado con los demás, con sus opiniones, intereses y necesidades.

vi. Romper ciclos de violencia: La importancia de evitar ser generadores de violencia y de infundir e inculcar violencia en los miembros más jóvenes de la familia y de la comunidad.

vii. Superar el odio-perdonar: Hábito que se refiere a superar los sentimientos negativos y la aversión hacia algo o hacia alguien que causó algún daño o mal a otra persona.

b. Envejecer en el conflicto: Qué ha significado y qué impacto ha sufrido la población al envejecer en un ambiente de violencia.

c. Experiencia y conocimiento: Aprendizajes, experiencias vitales y conocimiento de todo tipo que tienen las personas mayores y que han adquirido a lo largo de sus vidas y que pueden ponerlas a disposición de otras personas y de la comunidad.

i. Capacidad de mediación: Capacidad de intervenir en situaciones conflictivas para encontrar soluciones y evitar que escalen a acciones violentas.

ii. Construcción de memoria histórica: Acciones orientadas a visibilizar las causas, las acciones y los impactos del conflicto armado en las comunidades.

d. Sin aporte: No se considera que las personas mayores tengan algo que aportar a la paz.

2. Paz

a. Ausencia de conflicto: Considerar que la paz se logra solo con la desaparición de los grupos armados.

b. Calidad de vida: Considerar que la paz se logra con el mejoramiento de las condiciones y de la calidad de vida de las personas.

c. Ineficacia de la lucha armada: Considerar que la lucha armada ha sido inútil para lograr cambios sociales y que por tanto la paz no vendrá del uso de las armas y la violencia.

d. No se cree en el proceso de paz: No se considera que un proceso de paz con los grupos armados garantice el fin del conflicto armado.

3. Procesos de construcción de paz

a. Ciudadanía y valores: Los procesos de paz deben enfocarse en promover los valores ciudadanos.

b. Obstáculos: La construcción de paz es un proceso que se enfrenta a múltiples obstáculos.

c. Oportunidad social: La construcción de paz es una oportunidad de cambio social.

d. Proceso con resultados tangibles: Los procesos de construcción de paz deben generar resultados tangibles para las comunidades.

4. Retos de la construcción de paz

a. Atacar las causas del conflicto: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario atacar las causas que dieron origen al conflicto armado.

b. Compromiso del Gobierno nacional: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera el compromiso del Gobierno nacional es clave.

c. Construcción de confianza: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario reconstruir y fortalecer la confianza entre las personas de las comunidades y las autoridades públicas.

d. Estado de derecho-presencia del Estado: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario mejorar y fortalecer el Estado de derecho y la presencia y efectividad de las instituciones públicas en lo local.

e. Estigma personas víctimas: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es importante superar los estigmas negativos en contra de las personas desplazadas y de las víctimas del conflicto armado.

f. Garantía de derechos: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario garantizar el goce efectivo de los derechos humanos en lo local y el acceso a los servicios públicos.

i. Educación - ocupación del tiempo de los jóvenes: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario garantizar el goce efectivo de los derechos humanos en lo local y el acceso a los servicios públicos, particularmente la educación y ocupación del tiempo de las personas jóvenes.

ii. Inclusión financiera: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario garantizar el goce efectivo de los derechos humanos en lo local y el acceso a los servicios públicos, particularmente el acceso en condiciones de igualdad y de manera diferenciada al sistema financiero y sus productos.

iii. Infraestructura del campo: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario garantizar el goce efectivo de los derechos humanos en lo local y el acceso a los servicios públicos, particularmente el mejoramiento de la infraestructura de transporte y de servicios en las áreas rurales.

iv. Necesidades básicas: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario garantizar el goce efectivo de los derechos humanos en lo local y el acceso a los servicios públicos, particularmente la satisfacción de las necesidades básicas.

v. Reparación integral: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario garantizar el goce efectivo de los derechos humanos en lo local y el acceso a los servicios públicos, particularmente los derechos derivados de la reparación integral a las víctimas del conflicto armado.

vi. Salud: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario garantizar el goce efectivo de los derechos humanos en lo local y el acceso a los servicios públicos, particularmente el derecho a la salud.

vii. Trabajo y generación de ingresos: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario garantizar el goce efectivo de los derechos humanos en lo local y el acceso a los servicios públicos, particularmente el derecho al trabajo.

viii. Vivienda: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario garantizar el goce efectivo de los derechos humanos en lo local y el acceso a los servicios públicos, particularmente el derecho a la vivienda digna.

g. Justicia social: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario fortalecer la justicia en lo local para que dé respuesta rápida a las necesidades de las comunidades.

h. Retorno: Las personas mayores reconocen que para construir una paz duradera es necesario fomentar y fortalecer los procesos de retorno de las víctimas del desplazamiento, el despojo y el abandono de bienes inmuebles.

Cuidado y cuidadores

1. A quién cuidan las personas mayores: Hace referencia a todos los receptores de cuidado de las personas mayores, cuidado dividido entre la esfera familiar y la comunitaria.

a. En la comunidad: Hace referencia a las veces en que alguien de la comunidad es receptora de cuidado de una persona mayor.

b. En familia: En esta categoría se incluyen los posibles receptores de cuidado en la familia por parte de la persona mayor cuidadora.

i. Hijos: Hace referencia a cuando los hijos son receptores del cuidado de su padre mayor (60 años o más).

ii. Nietos: Hace referencia a cuando un nieto es receptor de cuidado de su abuelo mayor (60 años o más).

iii. Otros: Se refiere a los demás familiares que reciben cuidado de la persona mayor (60 años o más).

iv. Padres: Hace referencia a cuando uno de los padres es receptor de cuidado del hijo mayor (60 años o más).

v. Pareja: Hace referencia a cuando la pareja es receptora de cuidado de su cónyuge (persona mayor de 60 años o más).

c. No quieren cuidar: Hace referencia a la negativa de los participantes de involucrarse en responsabilidades de cuidado.

2. Abandono: Hace alusión a los casos en los que las personas no cuentan con una red de apoyo familiar o comunitario para solicitar cuidado. También incluye la percepción de no tener dichos apoyos familiares o comunitarios.

3. Dependencia: Situación en la cual la persona no puede satisfacer sus necesidades básicas e instrumentales por sí sola y requiere el cuidado y la atención de alguien.

4. Autonomía: Hace referencia a la capacidad de la persona de satisfacer sus necesidades básicas e instrumentales cotidianas sin la necesidad de acudir o solicitar ayuda a un tercero.

5. Efectos del cuidado: Son los efectos que produce la provisión de cuidado en el cuidador. Estos efectos se dividen en "efecto carga" y "efecto realce".

a. Efecto carga: Se refiere a situaciones en las cuales la provisión de cuidado se convierte en una carga para la persona que lo provee, toda vez que la complejidad de las necesidades de quien es cuidado, o la poca disponibilidad de tiempo y recursos de quien cuida, acarrean una serie de consecuencias negativas para las personas –psicológicas, financieras, familiares–. Implica una dinámica de retroalimentación negativa entre el bienestar del cuidador (caregiver) y la provisión de cuidado (caregiving).

b. Efecto realce: Se refiere a cuando la provisión de cuidado genera una sensación de bienestar o trae sentimientos que realzan la calidad de vida de quien provee el cuidado. Implica una dinámica de retroalimentación positiva entre el bienestar del cuidador (caregiver) y la provisión de cuidado (caregiving).

6. Fuente de cuidado: Es la categoría que clasifica la oferta de cuidado en diferentes niveles: la familia, las instituciones –de naturaleza privada o pública– y las redes comunitarias de apoyo.

a. Familia: Es el cuidado que provee cualquier persona que comparte un vínculo familiar con el solicitante de cuidado.

b. Instituciones: Hace referencia a la oferta de cuidado de instituciones públicas y privadas.

c. Pago por cuidado en domicilio: Hace referencia al cuidado que provee una persona que no comparte un vínculo familiar con quien cuida. Generalmente se trata de un cuidador formal o de una enfermera o enfermero que acude al domicilio de la persona mayor y que recibe una remuneración por el cuidado que brinda.

7. Ideal de cuidado: Hace alusión a los ideales o a las expectativas que tiene una persona frente a su cuidado.

8. Mujer mayor cuidadora: Hace referencia a los casos en los que una mujer mayor provee cuidado.

9. Relación de cuidado: Se refiere al involucramiento del cuidador en la provisión de cuidado. Se divide en cuidado directo e indirecto.

a. Cuidado directo: Se refiere a la intervención y a la participación activa de una persona (cuidador) en la asistencia y el apoyo en las necesidades básicas o instrumentales de quien es cuidado.

b. Cuidado indirecto: Se refiere a los casos en que una persona (cuidador) hace las veces de administrador o supervisor del cuidado que se le brinda a otra persona (solicitante), y no interviene directamente en la acción de cuidar.

10.Retos del cuidado: Se incluyen los problemas, los obstáculos o las oportunidades que rodean el cuidado en términos individuales, familiares y comunitarios, al igual que los retos en el diseño de políticas públicas de cuidado.

a. Políticas: Abarca todas las referencias que hablan del cuidado en términos de política pública.

b. Cobertura-oferta: Hace referencia a las problemas relacionados con la cobertura o la oferta de cuidado.

c. Marco legal: Incluye todas las sugerencias, críticas y propuestas normativas referentes a la provisión de cuidado.

11.Tipo de cuidado: Son las diferentes necesidades de una persona, ya sea las requeridas por las personas mayores o las acciones que estas realizan cuando actúan como cuidadores.

a. AID (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria): Labores domésticas, como arreglar la casa y cocinar, que sirven de apoyo para el cuidado en las actividades diarias.

b. AVD (Actividades de la Vida Diaria): Implica la intervención en las actividades diarias del solicitante, como bañarse y vestirse.

c. Necesidades emocionales y afectivas: Hace referencia al intercambio emocional y afectivo de una relación de cuidado directa o indirecta. Es un elemento de la relación de cuidado que añade la bidireccionalidad y que compensa al cuidador por sus servicios y fortalece los lazos entre el cuidador y el receptor.

12. Visión del cuidado: Hace referencia a las motivaciones que identifican las personas para cuidar de otros.

a. Colaboración intergeneracional: Hace referencia a cualquier situación de cuidado entre personas de diferentes generaciones.

b. Retribución: Se refiere a la expectativa que tienen las personas frente al cuidado que pueden llegar a proveer sus hijos en el futuro, en compensación por la crianza y el cuidado que los padres les brindaron cuando eran niños.

13.Temporalidad (Nodo transversal): Clasificar la temporalidad de la respuesta de los participantes haciendo referencia al pasado, presente o futuro.

a. **Pasado:** Referencias al pasado.
b. **Presente:** Referencias al presente.
c. **Futuro:** Referencias al futuro.

PREPARACIÓN ECONÓMICA

1. Ahorro

a. **Dificultades para ahorrar:** Razones expresadas para no ahorrar o para ahorrar poco.
b. **Modalidades de ahorro:** Diferentes tipos de ahorro.
c. **Motivaciones para ahorrar:** Todo aquello que los motiva a ahorrar.

2. Ingresos: Agrupa las categorías bajo las cuales fueron clasificadas las preguntas que estaban dirigidas a conocer la situación económica de las personas, haciendo especial énfasis en si esta situación había tenido algún cambio con el paso de los años.

a. **Empeoró:** Agrupa las respuestas en las que las personas manifestaron que su situación económica es peor que cuando era joven.
b. **Mejoró:** Agrupa las respuestas en las que las personas manifestaron que su situación económica mejoró con el paso del tiempo.
c. **Sigue igual:** Agrupa las respuestas de aquellas personas que consideran que su situación económica no ha tenido ningún cambio.

3. Sistema pensional: Percepción sobre el sistema pensional colombiano. El sistema pensional es entendido como aquella estructura que busca generar una seguridad económica para la vejez.

a. **Conocimiento sobre la pensión no contributiva:** Subsidios monetarios que se entregan a la PM.
b. **Desconocimiento del sistema pensional:** Afirmaciones que no corresponden con el funcionamiento o la estructura del sistema.
c. **Experiencia pensional:** Experiencia al respecto en caso de ser pensionado.
d. **Funcionamiento del sistema pensional:** Aspectos técnicos del SPC y de otras experiencias.

e. **Motivación aportes:** Motivos para aportar o no al SP.
f. **Pensión como respaldo:** Seguridad económica para vivir su vejez.
g. **Preparación económica como legado:** Seguridad económica para dejar a su familia.
h. **Razones para no recibir pensión:** Razones por las cuales no recibe pensión.

4. Trabajo: Agrupa las categorías en las que fueron clasificadas las preguntas dirigidas a determinar la situación laboral de las personas entrevistadas y conocer en qué grado esa situación les ha servido para su preparación para la vejez.

a. **Situación laboral:** Categoría que clasifica el tipo de actividad económica que tuvieron o están teniendo actualmente las personas entrevistadas.
i. **Sector económico:** Las actividades económicas de las personas se clasifican en sectores económicos. Se tienen en cuenta los tres sectores tradicionales. Adicionalmente, se cuenta al sector público, el solidario. Como categorías adicionales se tienen las del hogar y las de cuidadores, por ser de particular interés para el estudio.

1. Agropecuario: Es el sector que obtiene el producto directamente de la naturaleza, sin ningún proceso de transformación. Dentro de este sector se encuentran la agricultura, la ganadería, la silvicultura, la caza y la pesca. No se incluyen la minería y la extracción de petróleo, pues se consideran parte del sector industrial.
a. **Formal**
b. **Informal**

2. Cuidadores: Agrupa las respuestas de las personas que manifestaron tener como actividad económica el cuidado de otras personas. No se especifica si se recibe algún tipo de remuneración.

3. Industrial: Comprende las actividades económicas de un país relacionadas con la transformación industrial de los alimentos y de otros tipos de bienes o mercancías, que se utilizan como base para la fabricación de nuevos productos.
a. **Formal**
b. **Informal**

4. **Labores del hogar:** Agrupa las respuestas de las personas que manifestaron tener como actividad económica el cuidado y mantenimiento del hogar. No se especifica si se recibe algún tipo de remuneración.

5. **Público:** Agrupa las respuestas de los entrevistados que manifestaron haber trabajado o estar trabajando para alguna entidad del Estado.

6. **Servicios:** Incluye todas aquellas actividades que no producen una mercancía en sí, pero que son necesarias para el funcionamiento de la economía. Como ejemplos están el comercio, los restaurantes, los hoteles, el transporte, los servicios financieros, las comunicaciones, los servicios de educación y los servicios profesionales.

a. **Formal**
b. **Informal**

7. **Solidario:** Sector que incluyen las organizaciones sin ánimo de lucro –cooperativas, asociación, fundaciones, corporaciones– y las cajas de compensación familiar.

b. **Trabajo y preparación para la vejez:** Categoría que clasifica las percepciones que las personas tienen de cómo el trabajo puede aportar para su vejez.

i. **No contribuye:** Categoría que agrupa las opiniones negativas sobre el trabajo y su aporte a la vejez.

1. **Condiciones laborales:** Hace referencia a las respuestas en las que las personas manifiestan que el tipo de trabajos que han tenido en su vida no les ha permitido prepararse para la vejez.

2. **Desgaste físico:** Agrupa las categorías en las que las personas manifiestan que ciertos tipos de trabajo aceleran el proceso de envejecimiento y afecta la salud.

3. **Inestabilidad:** Hace referencia a la inestabilidad y estacionalidad de ciertas actividades económicas que no permiten que las personas puedan concebir planes a largo plazo.

4. **Nivel de formación:** Agrupas las respuestas en las que las personas manifiestan que, por su poco nivel de formación, no pudieron acceder a empleos de mejor calidad que les permitiera prepararse mejor para la vejez.

ii. Sí contribuye: Categoría que agrupa las opiniones positivas frente al trabajo y su aporte a la vejez.

1. **Acumulación de activos:** Hace referencia a la compra de bienes que permitirán en el futuro obtener una renta o un ingreso producto del trabajo.

2. **Acumular experiencia y conocimientos:** Hace referencia al aporte o contribución del trabajo desde el punto de vista intelectual.

3. **Aporte a la sociedad:** Agrupa las respuestas de las personas que consideran que el trabajo es la forma que tiene el individuo de aportar a la construcción de una sociedad mejor.

4. **Educar a los hijos:** Agrupa las respuestas de las personas que consideran que la mayor contribución del trabajo es poder disponer de los recursos suficientes para garantizar la educación de sus hijos.

5. **Estabilidad económica:** Hace referencia a que el trabajo garantiza la independencia económica en la vejez.

6. **Mejor salud:** Agrupa las respuestas que relacionan el trabajo con una mejor salud y con la posibilidad del ser humano de estar activo.

7. **Relaciones sociales:** Agrupa las referencias al aporte del trabajo a la vida social de las personas y a cómo este posibilita la creación de redes sociales para la vejez.

8. **Uso productivo del tiempo:** Agrupa las respuestas de las personas que consideran que la mayor contribución del trabajo es dar un uso productivo de su tiempo, con beneficios físicos e intelectuales.

SALUD

1. **Envejecimiento activo**

a. Alimentación y salud: La manera en que las personas relacionan la buena o la mala alimentación con la salud.

b. Dificultad para la preparación: Cuando el ambiente en el que el sujeto se desarrolla imposibilita o dificulta su preparación para la vejez (el conflicto armado y la violencia, por ejemplo, entorpecen la preparación de las personas).

c. Hábitos de vida saludable: Se refiere a los hábitos que adoptan las personas para prepararse para una vejez saludable.

d. Hábitos no saludables: Cuando las personas mencionan hábitos que atentan contra su salud.

e. Sin interés de preparación: Cuando el sujeto no está interesado en prepararse para la vejez, por las razones particulares de cada cual.

f. Sin preparación: A la pregunta de si está preparado para la vejez, el sujeto responde que no se ha preparado o que no está preparado para una vejez saludable.

2. **Percepción de la salud**

a. Bienestar en salud: Se codifican así todos los fragmentos en los que el sujeto afirma que se siente bien de salud.

b. Complicaciones de ECNT: Cuando las personas mencionan que se sienten mal de salud por algunas enfermedades.

c. Expectativas de bienestar en salud: Lo que la gente espera tener para sentirse bien.

d. Fe relacionada con la salud: Es de gran importancia para las personas mayores la creencia en Dios y la relación entre la fe y el estar bien en términos de salud.

e. Quejas somáticas: Aquí están las enfermedades que las personas mayores más mencionan en relación con su edad.

3. **Sistema de salud**

a. Aportes de los expertos: Todos los aportes que hicieron los expertos en las entrevistas a profundidad.

i. **Enfermedades crónicas:** Cuando los expertos hablan de la problemática de las ECNT y cómo afectan el sistema de salud.

ii. **Falencias del sistema de salud:** Son las que los expertos han mencionado como faltantes en el sistema de atención a las personas mayores.

iii. **Fortalezas del sistema de salud:** Son las que los expertos identifican como fortalezas del sistema de atención.

iv. **Prevención y promoción:** Acá se codifican las intervenciones de los expertos cuando hablan de la prevención y la promoción.

v. **Propuestas de atención en salud (Prof):** Las propuestas que hacen los expertos para mejorar la atención en salud que se le presta a las personas mayores.

vi. **Salud y envejecimiento (Prof):** Percepción que tienen los expertos del envejecimiento en relación con la salud.

b. **Escepticismo frente a la EPS:** Cuando las personas sostienen que no acuden a las EPS porque no creen en ellas, ya sea por el mal servicio o por cualquier otra razón.

c. **Escepticismo frente al médico:** Son las respuestas de las personas que señalan que no creen en lo que los médicos les dicen.

d. **Insatisfacción con el sistema de salud:** Quejas que se hacen sobre el sistema de salud.

e. **Miedo al médico:** Temores manifiestos de enfermarse y de tener que ir al médico.

f. **No usa EPS:** Hay varios casos en los que la gente no usa la EPS y por eso no puede responder qué opinión le merece.

g. **Satisfacción con el sistema de salud:** Las respuestas relacionadas con el buen concepto en que algunas personas tienen a las EPS.

Anexo 6

Listado de entrevistados locales

Departamento	Ciudad	Entidad	Nombre entrevistado(a)	Cargo entrevistado(a)
Córdoba	Montería	Gobernación de Córdoba -Secretaría de Desarrollo de la Salud	Zoraida Alvarado	Directora Área de Formación Social
			María Moreno	Profesional de Atención a Víctimas del Conflicto Armado
			Victoria Eugenia Mesa	Profesional de Atención a Víctimas del Conflicto Armado
Córdoba	Montería	Gobernación de Córdoba-Secretaría de Mujer, Género y Desarrollo Social	Lisbeth Gil Betruz	Secretaria de Mujer, Género y Desarrollo Social
Cundinamarca	Bogotá	Gobernación de Cundinamarca-Secretaría de Salud	Esmily Ruiz	Directora de Salud Pública
			Víctor Manuel Romero Cifuentes	Líder de Procesos de la Etapa de Ciclo Vital Vejez
Cundinamarca	Bogotá	Gobernación de Cundinamarca-Secretaría de Desarrollo Social	Luis Daniel Santos Pinzón	Secretario de Desarrollo Social
Cundinamarca	Bogotá	Alcaldía de Bogotá-Secretaría de Integración Social	Juanita Barreto	Subdirectora para la Vejez
Cundinamarca	Bogotá	Alcaldía de Bogotá-Secretaría de Salud	Julio Alberto Rincón Ramírez	Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial
Nariño	Pasto	Gobernación de Nariño- Secretaría de Género e Inclusión Social	Nancy Navarro Rojas	Coordinadora del Programa de Adulto Mayor
Nariño	Pasto	Alcaldía de Pasto-Secretaría de Bienestar Social	Elsa María Villa Arias	Subsecretaria de Gestión y Proyectos
Nariño	Pasto	Instituto Nacional de Salud	Lorena Ramírez	Profesional Programa de Adulto Mayor

Anexo 7

Formato de caracterización para los participantes de los grupos focales

1. Escriba su nombre completo y apellidos

_____

2. Escriba el número de su cédula de ciudadanía

_____

3. ¿En qué municipio vive?

_____

4. ¿Con quién vive en su hogar? (por cada persona diligencie Sí o No en la siguiente tabla)

		Sí/No
1	Cónyuge o compañero(a)	
2	Hijos	
3	Yerno	
4	Nieto (a)	
5	Padre	
6	Madre	
7	Suegro (a)	
8	Hermano (a)	
77	Otro, ¿cuál?_____ _____	

5. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que aprobó usted? (marque con una X una única opción)

1	Ninguno
2	Básica primaria (1° a 5°)
3	Básica secundaria (6° a 9°)
4	Media (10° a 11°)
5	Técnico o tecnológico
6	Universitario
99	No sabe

6. ¿Cuál es su ocupación actual? (marque con una X una única opción. Si no está trabajando, escoja la opción 10)

1	Trabajador(a) independiente o cuenta propia
2	Empleado(a) doméstico(a)
3	Obrero(a) o empleado(a) de empresa particular
4	Patrón(a) o empleador(a)
5	Obrero(a) o empleado(a) del Gobierno
6	Profesional independiente
7	Trabajador(a) o ayudante familiar sin remuneración
8	Trabajadora sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares
9	Jornalero(a) o peón
10	Actualmente no trabaja

7. Escriba la(s) palabra(s) que mejor describe(n) su trabajo (por ejemplo: cocinero(a), panadero(a), conductor(a), vendedor(a)

_____

8. ¿Ha cambiado de trabajo en los últimos diez años? (marque con una X una única opción)

1	Sí
2	No

9 ¿Por qué cambió de trabajo?

1	Me ofrecieron un trabajo mejor
2	Mi anterior empleador me despidió
3	Mi anterior empleador me consideró muy viejo
4	Estaba cansado(a) de mi anterior trabajo
5	Responsabilidades familiares
6	Problemas de salud
7	Otro, ¿cuál?_____ _____

Agradecimientos

Esta investigación fue posible gracias a los esfuerzos y a la colaboración de un gran número de personas. Agradecemos, en primer lugar, a los equipos de trabajo de la Fundación Saldarriaga Concha y de Fedesarrollo, cuyo apoyo permitió la concreción de todas las actividades propias de la investigación.

Un agradecimiento especial a cada una de las personas que participaron en los grupos focales. Su tiempo, sus testimonios y su experiencia constituyeron un componente fundamental para nuestro trabajo.

Muy importante la colaboración de las personas que entrevistamos, a las que acudimos por su entendimiento y conocimiento en los temas que aborda este proyecto.

Finalmente, agradecemos a todas las personas y organizaciones que con su apoyo técnico facilitaron la labor del equipo de investigadores de Misión Colombia Envejece.

FUNDACIÓN
SALDARRIAGA CONCHA
PUBLICACIONES